

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LOBJOIS (André-Amédée-Emile)

Né le 7 Décembre 1912, à Paris

L'INDEX

ET

le Virage de la cuti-réaction Tuberculinique
dans un service de Médecine sociale infantile

Président : M. BEZANÇON, Professeur

ANGERS

L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LOBJOIS (André-Amédée-Emile)

Né le 7 Décembre 1912, à Paris

L'INDEX

ET

le Virage de la cuti-réaction Tuberculinique

dans un service de Médecine sociale infantile

Président : M. BEZANÇON, Professeur

ANGERS

L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU

21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL, 21

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSET.
	GRÉGOIRE.
	LENCRMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMATPE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	MATHIEU.
dulte	
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Hydrologie.....	BEZANÇON Justin.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale..	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie ..	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique..	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.

Obstétrique.....	LANTUÉJOL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Gu.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale..	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiâtrie	LEVY-VALEN.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale..	MOULONGUE.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique..	OBERLING.
Pathologie chirurgicale..	PETIT LUT.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Physiologie.....	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale..	SÈNÈQUE.
Pathologie expérimentale	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale..	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale..	ALGLAVE.
Pharmacologie.....	BJSQUET.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.

Anatomie pathologique..	LEROUX.
Parasitologie.....	NEVEU-LEMA.
Physique.....	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
BLAAMI.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT.			
SEZARY.			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale..		
GUENIOT.			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE ET A MA TANTE

*En témoignage de ma tendre
vénération.*

A MA SŒUR

A mon camarade H. CHEVALIER

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

AU COMMANDANT
AUX OFFICIERS DE L'AERONAUTIQUE NAVALE
D'ORLY

Au Docteur MARCEL GAUTIER

MÉDECIN DE LA MARINE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A Monsieur le Professeur F. BEZANÇON

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
ET DE LA TUBERCULOSE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire le
très grand honneur de présider
cette thèse.*

*En témoignage de notre respec-
tueuse reconnaissance.*

A notre Maître, le Docteur JEAN TROISIER
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE
ET COMPARÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HOPITAL LAENNEC

En témoignage de notre très respectueux attachement, et de profonde reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et dirigé nos études.

A notre Maître, le Docteur MAURICE BARIETY
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DES HOPITAUX

En gage de notre respectueuse gratitude et de notre déférent attachement pour les conseils qu'il nous a donnés et l'intérêt qu'il nous a témoigné en toutes circonstances.

A notre Maître, le Docteur MAURICE COFFIN
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE L'HOPITAL BON-SECOURS

*Qui nous a fait l'honneur de nous
confier ce sujet de thèse, en
témoignage de notre entière
reconnaissance pour l'aide pré-
cieuse qu'il nous a inlassable-
ment prodiguée pendant de
longs mois, et tout particuliè-
rement pour la conduite de ce
travail.*

A Monsieur le Docteur COURCOUX
MÉDECIN DE L'HOPITAL BOUCICAUT

*Qui nous a permis de publier les
cas recueillis dans son service.
En témoignage de notre respec-
tueuse gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Professeur P. CARNOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE

Professeur B. CUNEO

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE

Professeur GOUGEROT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES

Docteur M. METZGER

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Docteur HUBER

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

Docteur G. GUILLAIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME
NERVEUX

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

Docteur L. BAILLEUL

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BON-SECOURS

ABBREVIATIONS EMPLOYEES

- T. P. : Tuberculose pulmonaire.
- C. R. : Cuti-réaction.
- C. R. + : Cuti-réaction positive.
- B. K. + : Expectoration bacillifère. .
- B. K. O. : Examen de crachats négatif.
- G. M. M. : Grand'mère maternelle.
- G. M. P. : Grand'mère paternelle.
- G. P. M. : Grand-père maternel.
- G. P. P. : Grand-père paternel.
- O. B. V. : Ombres broncho-vasculaires.
- A. P. : Antécédents personnels.
- A. F. : Antécédents familiaux.
-

INTRODUCTION

Ce travail, dont l'idée première revient à M. Coffin, n'est pas une description clinique de la primo-infection tuberculeuse.

C'est une étude limitée à des faits recueillis dans un certain milieu. Son intérêt vient justement de ce que les cas sont observés dans des conditions identiques et par là même exactement comparables entre eux.

Les conditions semblables d'observation ont été rendues possibles par l'organisation spéciale d'un service médical dirigé par M. Courcoux pour surveiller une collectivité d'employés parisiens.

Des examens répétés obligatoirement à dates fixes ont permis d'assurer au mieux la prophylaxie anti-tuberculeuse.

Cette thèse a pour but d'exposer les résultats de cette œuvre de médecine sociale collective.

CHAPITRE PREMIER

LA CUTI-REACTION A LA TUBERCULINE SES ERREURS POSSIBLES — SA VALEUR

Notre travail ayant pour base fondamentale la pratique en série de cuti-réactions à la tuberculine, il nous paraît indispensable de rappeler brièvement ce qu'est cette réaction.

Elle n'est pas nouvelle, puisque dès 1907, le mémoire de Von Pirquet en expose la technique et les principes de l'allergie tuberculeuse. Depuis cette date d'innombrables travaux ont paru sur cette question et la fréquence des vaccinations par le B. C. G. a augmenté encore la pratique de la cuti-réaction. On a comparé les valeurs respectives des tests de Von Pirquet, de l'ophtalmo-réaction, de la réaction percutanée de Moro et de l'intra-dermo-réaction de Mantoux.

Nous pensons que la réaction cutanée de Von Pirquet est d'une sensibilité suffisante, d'une rapidité d'exécution et d'une facilité très satisfaisantes pour

que la confiance lui soit accordée dans la recherche de l'allergie tuberculinique.

Notre façon de procéder fut la suivante : après désinfection soigneuse de la peau à l'alcool ou mieux à l'éther, scarifications légères au vaccino-style stérile dans la région deltoïdienne.

N'intéressant que l'épiderme et la partie toute supérieure du derme, au nombre de deux, ces sacrifices sont faites l'une au-dessus de l'autre, à une distance de quelques centimètres, de façon que les réactions inflammatoires ultérieures ne puissent se confondre. Il est préférable d'éviter le suintement sanguin qui ne manque pas de se produire si la scarification est trop profonde.

Les incisions sont longues de 5 à 8 mm. L'inférieure est recouverte ensuite d'une large goutte de tuberculine brute non diluée, délivrée par l'Institut Pasteur. La supérieure sert de témoin. Il est bon, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants jeunes et indociles, de recouvrir la peau d'une compresse stérile, mais au bout de 10 à 15 minutes, afin que la tuberculine ait eu le temps de sécher — cette précaution évite soit l'essuyage trop précoce de la tuberculine, soit le grattage ou l'infection par des vêtements malpropres. Immédiatement après l'application de tuberculine il peut se produire une réaction locale, de type urticarien ; elle prouve le contact de la tuberculine avec l'organisme.

Il y aurait avantage, selon Valtis, Talon, Chauveau, à ne pas faire de cuti-réaction dans une région du

corps exposée au soleil, chez des enfants soumis à l'insolation ces réactions devenant négatives.

Woringer aurait également constaté que l'aspect et l'étendue de la réaction peut varier selon la région du corps où elle est pratiquée.

Si la cuti est négative, aucune modification cutanée ne se produit, ni rougeur, ni infiltration. Dans les premières heures cependant, on peut voir une pseudo-réaction éphémère, sans signification spécifique et dûe vraisemblablement à une hypersensibilité aux albumines ou à la glycérine que renferme la tuberculine.

Au contraire, si la réaction est positive, la scarification recouverte de tuberculine s'entoure au bout de 16 à 18 heures d'une auréole rouge, de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 ou de 1 fr. Il n'est pas exceptionnel de voir sur cette macule une petite vésicule remplie de liquide clair, qui va s'affaïsser, se recouvrir d'une croûte et disparaître en une semaine, cette réaction ne laisse dans les cas habituels aucune cicatrice. Le plus souvent, apparaît sous la macule une infiltration. Ces phénomènes sont à leur maximum vers la 48^{me} heure. Rougeur et infiltration diminuent progressivement, pour ne laisser, vers le 4^e jour, qu'une petite tache rouge disparaissant en deux semaines environ. La réaction ganglionnaire est extrêmement rare (adénocuti-réaction de Blechmann). Il n'y a pas de réaction générale.

Il faut savoir que, dans quelques cas, la macule n'apparaît qu'après un intervalle de quelques jours :

3 à 4 en moyenne, exceptionnellement davantage. Ces réactions sont dites retardées.

Dans notre statistique, ont été comptées, comme positives, toutes les réactions donnant lieu à une rougeur même peu marquée, survenant de la 24^e heure à la 60^e heure, s'accompagnant ou non d'infiltration.

Que faut-il penser de cette réaction cutanée? Ainsi pratiquée, elle nous a donné, semble-t-il, des résultats constants; aussi n'avons-nous pas adopté la technique consistant à déposer d'abord, sur la peau, une goutte de tuberculine et faire ensuite la scarification au milieu de cette goutte de réactif.

Sans doute peut-on faire quelques critiques au test de Von Pirquet :

— il ne permet pas le dosage rigoureux de la quantité de tuberculine employée; d'autre part, la lecture n'en est pas toujours absolument formelle et indiscutable. Dans certains cas douteux, il est nécessaire de renouveler l'épreuve pour en affirmer le résultat. Enfin nous pensons que deux conditions sont nécessaires pour qu'on soit autorisé à tenir un compte rigoureux du test :

— la pénétration dans l'épiderme d'une quantité suffisante de tuberculine ;

— la répétition de l'épreuve en cas de réponse négative. Il est nécessaire, à notre avis, pour qu'une réaction soit définitivement déclarée négative, qu'elle ait été effectivement répétée sans succès, à 8 jours d'intervalle au moins.

La spécificité de la tuberculine donne toute sa valeur à la cuti-réaction.

Cette spécificité a été et est encore mise en doute par quelques auteurs. Il faut bien admettre que, sur le terrain expérimental pur, cette spécificité apparaît douteuse. Souvenons-nous des expériences de Troisier et Monnerot-Dumaine faisant des cuti-réactions avec du bouillon glycérimé simple; ils tiraient de leurs expériences que la cuti-réaction pratiquée avec un bouillon glycérimé dans les mêmes conditions qu'avec la tuberculine peut être identique dans son évolution. Ils admettaient que la peau peut présenter une co-sensibilisation à diverses protéïnes, spécifiques ou non, témoignant d'une co-allergie de l'organisme vis-à-vis de ces substances. On peut cependant admettre que la tuberculine, quoique non rigoureusement spécifique du point de vue expérimental, garde en clinique humaine une assez grande spécificité pour exclure l'envahissement par le bacille de Koch, d'un sujet n'ayant pas réagi à deux cuti-réactions faites à 8 jours d'intervalle.

Cette discussion rapide de la spécificité, nous conduit à envisager les erreurs possibles d'interprétation d'une réaction tuberculinique.

Nous admettons qu'un sujet présentant un test positif est tuberculisé. Pour nous : C. R. positive == réaction folliculaire.

Chez l'animal la cuti-réaction peut être encore négative, alors que le bacille a déjà envahi l'organisme; mais il n'est alors nulle part fixé, nulle part

il n'y a lésion folliculaire. C'est en somme un stade préliminaire de la tuberculose pendant lequel le bacille avant d'être agent destructeur, créateur de lésions, n'est dans l'organisme qu'un parasite. Guérin a d'ailleurs donné à ce stade de l'envahissement tuberculeux le nom de « stade parasitique ». A ce moment la réaction cutanée reste encore négative.

A une lésion établie = lésion folliculaire, correspond une cuti-réaction positive et qui restera positive. Cette persistance est reconnue par tous les auteurs. Une réaction positive, en dehors de certaines circonstances bien établies, ne deviendra jamais négative. Il n'y a pas à notre connaissance dans la littérature médicale infantile de publication infirmant cette donnée. Le professeur Marfan a d'ailleurs récemment insisté sur ce fait.

Quelles sont donc ces circonstances dans lesquelles la cuti-réaction peut se montrer négative et où il y a cependant infection tuberculeuse ?

C'est le cas, par exemple, du test pratiqué pendant la période ante-allergique qui, chez l'enfant, peut durer de 6 jours à 4 mois environ.

Récemment encore nous avons observé à l'hôpital Bon Secours, avec MM. Coffin et Monestier, une fillette qui présentait une cuti-réaction et une intradermo-réaction au 1/5000 négatives, alors que cliniquement on pensait à une tuberculose pulmonaire. L'image radiologique était très anormale, rappelant celle d'une pneumonie lobaire droite — la cuti-réaction ne devait virer que trois mois plus tard.

Notons tout de suite, à ce sujet, que l'intra-dermo-réaction ne nous sembla pas devenir plus précoce-ment positive que la cuti-réaction, tout au moins lorsqu'elle est pratiquée avec une tuberculine peu concentrée (1/5000 — 1/2500).

Il est particulièrement intéressant d'étudier la cuti-réaction pendant les maladies intercurrentes. Au-dessous de 10 ans, seule la rougeole est anergisante. « Cette épreuve, disent Lesné, Marquézy et Samitca, en dehors de la phase éruptive de la rougeole, n'est influencée par les maladies infectieuses aiguës que d'une façon très exceptionnelle ».

Pendant la période d'invasion de la rougeole la cuti-réaction reste positive. Elle ne devient généralement négative que vers le 5^{me} jour de la maladie et cela pour peu de temps : quelques jours au maximum. Lesné et Coffin ont observé un enfant de neuf mois, atteint de tuberculose et chez lequel la cuti-réaction pratiquée 6 jours après l'éruption fut positive dès le lendemain; l'enfant devait d'ailleurs mourir 15 heures plus tard. D'autre part, il ne faut pas croire que la rougeole rende toujours la cuti-réaction négative. Ces mêmes auteurs ont observé 2 enfants de 4 et 7 ans, chez lesquels la cuti-réaction est restée faiblement positive le jour de l'éruption et les suivants pour redevenir à nouveau franchement positive le 10^e jour.

Certains auteurs (Debré et Papp) pensent que la rubéole peut également rendre négative la cuti-réaction.

Sans doute le professeur Nobécourt admet aussi que la coqueluche, surtout la coqueluche compliquée de broncho-pneumonie, peut être une cause d'anergie. Mais le professeur Marfan s'élève contre cette opinion. Pour lui, dans le premier âge, la broncho-pneumonie, la coqueluche, la grippe, n'empêchent pas la cuti-réaction d'être positive. Il est indéniable que la coqueluche provoque souvent un réveil de la tuberculose ou une extension des lésions pré-existantes, mais nous croyons qu'elle ne modifie pas le V. Pirket.

Chez l'enfant, enfin, il paraît démontré (Hortopan) que l'allure aiguë de la tuberculose ou l'imminence de l'issue fatale ne change pas le résultat de l'épreuve tuberculinique.

Aussi Lesné et Coffin pensent-ils que « la cuti-réaction reste positive, lors de toute poussée évolutive si grave soit-elle... et dans toutes les formes de la tuberculose : pleurésie séro-fibrineuse, tuberculose rénale, granulie, broncho-pneumonie caséreuse ». Si dans les dernières heures de la vie l'érythème tuberculinique pâlit, cela n'a rien d'exceptionnel ni de particulier; à la période agonique les éruptions, quelles qu'elles soient, disparaissent habituellement.

Enfin nous étudierons ultérieurement, à propos de nos observations de C. R. négatives, ces cas où il y a contact avec des tuberculeux avérés, et où l'enfant ne réagit pas à la tuberculine, l'image pulmonaire n'étant pas cependant absolument normale.

Contrairement à ce que nous venons de voir chez l'enfant, les causes d'anergie sont nombreuses chez l'adulte : typhoïde, pneumococcies, streptococcies, angine, grippe, rhumatisme gonococcique, rhumatisme articulaire aigu, peuvent rendre négative une réaction antérieurement positive.

Reste le problème des poussées évolutives. A vrai dire il ne faut pas ici considérer la poussée banale : un tuberculeux fibreux présentant une hémoptysie avec température et bacilles dans les crachats, aura presque sans aucun doute une réaction positive.

Pour que la réaction devienne négative, il faut : une poussée évolutive importante, une généralisation tuberculeuse rapide, une granulie, une méningite.

Enfin, chez l'adulte, même jeune, intervient un facteur qui ne joue pas chez l'enfant : le facteur endocrinien. Il acquiert surtout chez la femme une importance considérable, mise en évidence dès le début de 1909 par Devraigne. Coulaud, en 1923, et plus récemment en 1936 résume ainsi la question : « lorsqu'on étudie de plus près les femmes présentant une anergie tuberculinique on constate que cette anergie coïncide avec une étape ou un incident de la vie génitale » — « cette anergie se manifeste surtout dans la période pré-menstruelle, les 2 jours qui précèdent les règles et les 2 premiers jours de celles-ci... » ; elle s'observe encore aux environs de la ménopause, à la suite des ovariectomies bilatérales, ménopause artificielle, et peut durer un ou deux mois. Elle peut encore s'observer en cas de puberté retardée, et coïn-

cider avec un retard de règles; elle est fréquente pendant la grossesse.

Ces phases d'anergie tuberculinique paraissent nettement dépendre de la suractivité thyroïdienne physiologique qui est constante au cours de toutes les étapes ou incidents de la vie génitale féminine.

De tous ces faits nous pouvons donc conclure que chez les enfants, en dehors de cas excessivement peu nombreux, et d'ailleurs bien définis, la cuti-réaction est facile à interpréter; chez l'adulte et surtout chez les femmes il n'en est plus ainsi.

La valeur de l'épreuve de Von Pirquet nous apparaît donc formelle chez les enfants au-dessous de 11 ans, et nous croyons pouvoir ainsi avoir en elle une confiance absolue.

CHAPITRE II

L'ORGANISATION D'UN SERVICE DE MEDECINE SOCIALE INFANTILE

Etudions maintenant l'organisation médico-sociale de deux collectivités parisiennes pour le dépistage précoce de la tuberculose.

La première de ces collectivités est une école libre du 5^e arrondissement de Paris, quartier du jardin des Plantes. Cette école reçoit des élèves externes (filles) habitant les maisons voisines où les logements insalubres sont malheureusement encore assez nombreux. Il y a également, dans cette institution, des élèves internes, vivant, elles, dans de bonnes conditions hygiéniques. La plupart sont orphelines. Souvent, un de leurs parents, les deux quelquefois, sont décédés de tuberculose. Le personnel enseignant ou surveillant, soumis au contrôle médical, a paru indemne de tuberculose.

Dans cette école, 421 enfants ont été suivis. 51 dos-

siers incomplets sont inutilisables. Notre statistique portera donc sur 370 cas.

Le service médical fonctionne de la façon suivante :

Chaque année on procède pour tout élève à une visite médicale complète. Un dossier est établi, portant les renseignements cliniques, les antécédents personnels, les antécédents familiaux. On s'efforce d'obtenir ces derniers aussi complets que possible, en interrogeant les parents qui accompagnent leurs enfants à la visite ou bien en étudiant les documents que peut fournir l'infirmière visiteuse.

Une cuti-réaction est faite (sauf, bien entendu, dans les cas où les parents s'y opposent. Ceci se produit, heureusement, assez rarement).

En cours d'année, des visites médicales régulières permettent de revoir les enfants malades à ce moment ou qui paraissent suspects. Le poids et la taille sont notés. Ces visites permettent également de revoir les enfants qui ont attiré l'attention du médecin pour un motif quelconque.

Le second groupe de faits concerne une grande collectivité d'employés habitant Paris ou sa banlieue proche, et presque tous de condition modeste.

Cette importante organisation médicale est placée sous la haute direction de M. le docteur Courcoux.

En principe, ne sont admis dans ce service et sur la demande des parents, que les enfants de familles nombreuses ; mais les tuberculeux, qu'ils soient en évolution ou guéris, sont invités à faire inscrire leur enfant, même s'il est unique.

La limite d'âge inférieure pour l'admission dans ce service est 18 mois. Mais beaucoup d'enfants n'ont été vus pour la première fois qu'à 3 ou 4 ans. La limite d'âge supérieure est 14 ans pour les garçons et 16 ans pour les filles. Mais là encore il peut arriver qu'un sujet plus âgé soit suivi par le service si son état le nécessite.

Le fait essentiel et qui nous semble fondamental pour l'intérêt de notre travail, est que les enfants sont obligatoirement examinés deux fois par an. Ils ne peuvent échapper à ces visites bisannuelles que du fait de maladies intercurrentes ou d'absence momentanée hors de Paris. Des visites plus fréquentes sont faites lorsque le cas le nécessite. L'obligation de ces deux visites annuelles est très importante, car ceci ne peut être que très difficilement obtenu dans une consultation d'hôpital et plus difficilement encore en clientèle privée.

Systématiquement est pratiquée aussi la cuti-réaction. La répétition de cette C. R. permet de dépis-

ter facilement l'apparition de l'allergie tuberculinique lors de la primo-infection. Comme nous l'avons dit plus haut, pour des raisons de rapidité et de facilité d'exécution la C. R. a été préférée à l'intra-dermo-réaction. Dans les rares cas où elles ont été faites toutes les deux, elles ont donné en même temps le même résultat.

Notons tout de suite que les tests tuberculiniques ont toujours été effectués par le médecin et suivant une technique toujours identique.

La lecture en a été faite soit par le médecin, soit par une personne compétente. Ces notions ont pour nous une grosse importance, car elles éliminent nécessairement les erreurs d'appréciations personnelles qui peuvent entrer en ligne de compte lorsqu'on étudie les statistiques de différents auteurs : une réaction étant considérée comme positive par certains, alors que d'autres considéreraient cette même réaction comme négative. Toutes les fois qu'une réaction paraissait douteuse elle a été refaite après un intervalle de 8 à 15 jours, recouverte d'un petit pansement protecteur, et la lecture en a été faite directement par le médecin.

L'épreuve systématique de V. Pirket a été complétée par de fréquents examens radiologiques — plus souvent une radiographie qu'une radioscopie.

Pour tous les enfants dont la première cuti-réaction s'est montrée positive un cliché radiographique a été pris. Nous attachons en effet à la cuti-réaction une telle valeur que même si l'examen clinique ne semble

déceler aucune anomalie la constatation seule d'un résultat positif nous semble justifier la radiographie.

Bien souvent, même alors que l'épreuve tuberculinique était négative des examens radioscopiques ont été faits, vérifiant l'état normal du poumon, mettant sous les yeux une séquelle d'un état aigu ou contrôlant l'existence d'une lésion chronique, une dilatation des bronches, par exemple.

Enfin et surtout, le virage de la C. R. a été pour nous l'indication formelle de l'examen radiologique, radioscopie et radiographie.

Cette façon de procéder qui, disons-le tout de suite, ne nous paraît possible que dans le cadre d'une organisation analogue à la nôtre, permet de ne pas laisser passer inaperçue une localisation tuberculeuse, pulmonaire ou autre.

Cependant, les examens cliniques et radiologiques, les tests tuberculiniques répétés ne suffisent pas. Il faut encore avoir des renseignements très complets sur les personnes avec lesquelles l'enfant vit ou est en contact. Là encore, nous avons eu de grandes facilités. Chaque employé est soumis au contrôle médical et possède un dossier. Si l'un des ascendants, n'étant pas employé, a échappé au contrôle médical, ou pour toute autre personne de l'entourage de l'enfant, le docteur Courcoux fait pratiquer dans son service tous les examens cliniques, radiologiques ou bactériologiques reconnus nécessaires.

Pour suivre au mieux les malades — enfants et adultes — une étroite collaboration existe entre les

médecins s'occupant des uns et des autres. Si l'un des ascendants présente quelque accident, le fait est immédiatement signalé au médecin suivant l'enfant. Il peut alors le convoquer plus fréquemment, refaire des C. R. et des examens radiologiques. Si, au contraire, c'est l'enfant qui présente un virage de la C. R. (une primo-infection), les ascendants ou familiers sont aussitôt signalés au médecin compétent et toutes les mesures jugées utiles prises dans un temps minimum. Afin que cette collaboration étroite ne puisse à aucun moment être en contradiction avec les règles imposées par le secret médical, toutes les précautions sont prises. La correspondance, les échanges de documents entre les médecins, se font sous pli cacheté. Ces renseignements sont ensuite reportés sur un registre spécial, rigoureusement confidentiel, gardé par le médecin et dont lui seul peut avoir connaissance.

L'organisation médico-sociale de ce service étant ainsi décrite, nous pouvons dès maintenant signaler le rôle très important du médecin. C'est lui qui rédige le dossier de l'enfant, qui interroge les parents d'une façon aussi rigoureuse que possible sur l'histoire médicale de toute la famille. C'est lui qui peut ainsi utilement diriger l'enquête et la prophylaxie lorsqu'une contamination paraît probable.

C'est lui-même qui pratique les tests tuberculiniques et souvent les interprète.

C'est à lui enfin que revient l'initiative aussi bien en ce qui concerne l'examen des membres de la famille qu'en ce qui concerne la thérapeutique. Il peut

en présence de chaque cas donner des directives aux membres de la famille en toute connaissance de cause puisqu'il a sur eux des renseignements très complets. Ces résultats sont difficilement obtenus dans une consultation hospitalière où le plus souvent le malade est considéré seul, isolé du milieu familial, et où il est impossible de l'astreindre à des consultations régulièrement répétées.

L'assistante sociale a un rôle important sans doute, mais limité à une collaboration étroitement surveillée. Cela nous paraît indispensable pour qu'on puisse attendre des observations notées avec une rigueur scientifique réelle; les sanctions thérapeutiques allant jusqu'à isoler l'enfant de sa famille ou de l'un de ses parents (père ou mère) exigent des examens et des documents absolument irréfutables.

Nous sommes dès maintenant amenés à penser qu'une médecine dite sociale ne peut être utile que si elle est en même temps et avant tout familiale. Soigner un enfant tuberculeux? Sans doute. Mais le rôle du médecin ne doit pas s'arrêter là. Comme le disait déjà Landouzy : « Au temps présent le médecin doit être plus empêcheur de maladies que guérisseur de malades ». Et pour une maladie contagieuse chronique comme la tuberculose, on ne peut songer à faire œuvre utile qu'en connaissant médicalement la famille. C'est avant tout le rôle du médecin de famille. Malheureusement celui-ci devient de plus en plus rare. Le but d'un service comme le nôtre est de rappeler son rôle important, de suppléer éventuelle-

ment à sa carence, et surtout d'aider son action, en mettant à sa disposition des moyens de diagnostic qui pourraient lui faire défaut.

On a toujours cherché à établir des relations régulières avec le médecin de famille, et on a eu l'impression que l'intérêt des enfants exigeait, autant pour les renseignements que pour la conduite à tenir, une étroite collaboration entre notre organisation et le praticien.

CHAPITRE III

INDEX TUBERCULINIQUE LES RESULTATS D'UNE ENQUETE FAMILIALE ATTENTIVE

Ayant étudié le fonctionnement du service médical dans ces deux collectivités, voyons maintenant quel est l'index tuberculinique.

La fondation placée sous la direction de M. Courcoux nous a fourni 703 dossiers : 437 provenant du service du docteur Coffin; 266 provenant du service du docteur Tassin. Tous ces dossiers ont été soigneusement étudiés et nous tenons compte dans la statistique des réactions faites jusqu'au 15 avril 1937. L'âge des enfants est calculé en années révolues. Sur ces 703 enfants, 3 seulement sont étrangers ou d'origine étrangère. L'index tuberculinique obtenu pourra donc être considéré comme un chiffre moyen pour des enfants français habitant la ville ou sa banlieue proche, et d'un milieu social moyen.

Les résultats sont consignés ici :

AGE	NOMBRE D'ENFANTS	CR	CR	% CR
	examinés	+	—	+
1	15	1	14	6.66
2	28	3	25	10.71
3	48	6	42	12.5
4	47	2	45	4.26
5	53	7	46	13.20
6	56	9	46	16.07
7	50	8	42	16
8	58	8	42	13.79
9	71	21	50	29.57
10	80	20	60	25
11	77	24	53	31.16
12	61	23	38	37.70
13	63	20	33	37.73
14	3	3	0	
15	1	1	0	
16	1	1	0	

Si on schématisait ces résultats par une courbe, elle mettrait sous les yeux un fait reconnu depuis quelque temps : la progression du nombre des réactions positives avec l'âge. Sans doute il y a quelques irrégularités dans cette progression. Certaines peuvent s'expliquer assez aisément par la différence d'importance des lots d'enfants examinés, ce qui n'est pas sans vicier le pourcentage; d'autres ne peuvent mathématiquement s'expliquer. Il n'en reste pas moins vrai que la progression devient rapidement ascendante vers 8 ans; ce qui n'est pas pour nous surprendre. C'est à

cet âge en effet que les enfants commencent à fréquenter l'école avec assiduité. Ils sont moins enfermés dans le milieu familial et plus exposés par suite aux contaminations extra-familiales.

Dans la seconde collectivité, école du V^e arrondissement, il nous a été possible d'examiner 363 dossiers, les résultats uniquement considérés du point de vue de l'épreuve tuberculinique sont les suivants :

AGE (en années révolues au 1 ^{er} janvier 1935)	CUTI-RÉACTIONS négatives	CUTI-RÉACTIONS positives	Pourcentage de cuti positives par rap- port au nombre total de cuti.
3	4	0	0 p. 100
4	11	1	8,33 —
5	21	3	12,5 —
6	22	6	21,46 —
7	25	9	26,47 —
8	24	5	17,24 —
9	16	7	30,43 —
10	28	19	40,42 —
11	24	12	33,33 —
12	23	11	32,35 —
13	13	21	61,75 —
14	14	26	65 —
15	3	7	70 —
16	4	4	50 —
TOTAUX :	232	131	
	363		

Il convient de noter que c'est, à notre connaissance, la première fois, que l'épreuve tuberculinique a été

pratiquée en série dans une école française. Léon Bernard et Vitry avaient demandé que cette pratique soit obligatoire dans les écoles publiques. Mais leur appel n'a pas été entendu.

Si on compare maintenant les résultats recueillis cette année dans le service de surveillance des employés, à ceux obtenus précédemment, on voit qu'à partir de six ans ils sont dans leur ensemble inférieurs. M. Coffin, opérant sur cette même collectivité, il y a un peu plus de deux ans, communiquait en effet les résultats suivants :

AGE (en années révolues au 1 ^{er} janvier 1935)	CUTI-RÉACTIONS négatives	CUTI-RÉACTIONS positives	Pourcentage de cut positives (par rap- port au nombre total de cuti).
2	28	1	3,44 p. 100
3	30	3	9,09 —
4	41	5	10 87 —
5	40	6	13,04 —
6	48	7	12,72 —
7	48	22	31,57 —
8	63	26	29,21 —
9	63	21	25,00 —
10	42	23	35,38 —
11	42	25	37,31 —
12	40	27	40,30 —
13	45	27	37,50 —
14	35	37	51,38 —
15	13	17	56,66 —
16	12	9	40,95 —
TOTAUX :	590	256	

Nos chiffres sont tout récents, puisque nous l'avons dit, certaines réactions ont été faites il n'y a que 4 ou 5 semaines.

La différence observée avec les résultats antérieurs est tout à fait conforme aux idées nouvelles sur l'apparition de la primo-infection ou primo-lésion, qu'on admet plus tardive maintenant.

Cette constatation réconfortante prouve que l'index de tuberculisation diminue à mesure que la lutte antituberculeuse s'intensifie, et se fait plus rationnelle. Elle est également la preuve que la prophylaxie antituberculeuse est actuellement en bonne voie.

Cette variation de l'index est en accord avec les faits observés dans une école de Trondjem.

1914 : 23 % C. R. + à 7 ans; 33 % à 10 ans.

1930 : 8 % à 7 ans; 20 % à 10 ans.

La lutte entreprise contre la dissémination du bacille, en isolant les contagieux, donne ainsi actuellement de nouveaux résultats, qui nous permettent de nous élever contre les partisans de l'hérédité tuberculeuse, niant le bénéfice de la prophylaxie. Notre pourcentage est en accord avec celui observé par M. Troisier, Bariéty et Brodard (16 %) chez les étudiants et les jeunes soldats (60 % C. R. + à 21 ans).

Une grande partie des statistiques précédemment établies, a été faite en milieu hospitalier ou au dispensaire. Telles sont celles de Mlle Mioche, recueillies dans le service de M. le Professeur Marfan, celles de Samitca dans le service de M. Lesné, telles sont

encore les statistiques publiées par le Professeur Tail-
lens, le Professeur Nobécourt et Briskas.

Les chiffres les plus voisins des nôtres sont ceux de
M. Stiassnié, relevés au dispensaire de l'usine Miche-
lin à Clermont-Ferrand, de MM. Troisier et Bariéty,
étudiant l'allergie chez de jeunes recrues.

Il y a à cette différence une raison bien simple : les
conditions dans lesquelles ont été pratiquées nos ré-
actions sont toutes spéciales; nous opérons sur des
enfants en immense majorité bien portants, normaux,
« ne venant à la visite » très souvent sans aucun motif
morbide, mais uniquement par contrôle et chez qui
la découverte de la maladie, fut une surprise de l'exa-
men médical.

Par conséquent, les tests tuberculiniques pratiqués
chez des enfants hospitalisés mettent en évidence une
morbidité plus grande en milieu hospitalier que dans
l'ensemble de la population.

Une de nos observations publiée plus loin est, à ce
point de vue, très démonstrative.

Cette infériorité de pourcentage en milieu ordi-
naire par rapport au milieu hospitalier, pressentie
par M. le professeur Marfan, se rapproche de la cons-
tation de Zelewska qui trouve aux mêmes âges un
pourcentage de réactions positives plus élevé dans la
population ouvrière que dans un milieu aisé.

Des enquêtes familiales et sociales (insalubrité du
logement...) aussi complètes que possible ont été faites
dans chaque cas, par le médecin lui-même, qui a in-

terrogé longuement les parents sur leur passé pathologique, sur celui des grands parents, oncles, tantes et familiers en contact plus ou moins intime avec l'enfant. Chaque fois que cela est apparu nécessaire, des examens cliniques, radiologiques ou même bactériologiques ont été effectués, sauf dans quelques cas très rares, heureusement, où cette enquête médicale a été refusée.

Pour chaque enfant nous allons donner un résumé succinct de cette enquête en étudiant d'abord les sujets présentant une réaction tuberculinique positive.

Pour ne pas augmenter exagérément cette énumération, nous ne citerons que les observations familiales relevées dans le service du docteur Coffin. Des renseignements analogues ont été recueillis exactement de la même manière et avec la même minutie dans le service du docteur Tassin; nous ne les citons pas, parce que cette énumération n'entraînerait pas une conviction plus grande.

Le résumé de ces observations porte uniquement sur les membres de la famille ou de l'entourage ayant paru suspects et qui ont pu avoir un rôle soit dans le contagé, soit au point de vue du terrain. Les parents reconnus indemnes ne seront pas mentionnés, mais nous citerons les frères et les sœurs des enfants avec leur date de naissance, la date de la dernière C. R. pratiquée, et tous les renseignements obtenus sur eux, lorsque ceux-ci, en raison de leur âge ou de leur éloignement de la famille, n'auront pu être suivis dans le service.

Pour faciliter l'étude des dossiers et pour respecter scrupuleusement le secret professionnel, les enfants seront cités sous un numéro d'ordre.

CUTI-REACTIONS POSITIVES

1. *Janine*

Mère, bronchite. Exagération des ombres broncho-vasculaires.

G. M. M. T. P. 1908.

Frère né 1922, cuti + 31.

Frère né 1931, cuti — 35.

2. *Jacques*, fils unique

Mère suspecte.

Père très suspect, pleurite avec hémoptysie.

Oncle M. T. P. avéré, début janvier 29.

Contact avec Jacques jusqu'en janvier 29.

3. *Simone*

Père, hémoptysie en 1931. Sanatorium.

B. K : O. Inoculation au cobaye négative.

4. *Michel*

Père décédé, tuberculose pulmonaire mars 1937.

Oncle paternel décédé. T. P. 1907.

M. radio négative.

Un frère né en 1929, cuti +.

5. *Maurice*

Enquête incomplète. Père, mal de Pott. T. pulmon. ?

6. *Claude*

Père, arborescences accentuées.

Tante paternelle, ablation d'un rein.

Mère, asthmatique depuis 1929. Radio 1936 : opacité pleurale.

Tante maternelle décédée de phtisie galopante. En contact avec Claude.

Un frère, cuti — 1937.

7. *Suzanne*

Tante paternelle, tuberculose osseuse. Contact un mois.

Tante maternelle décédée en 21 de pleurésie.

Un frère cuti — en 36.

8. *Roland*

Mère emphysémateuse. Décédée en 1934 de tuberculose probable.

Un frère cuti + à 11 ans.

Un frère cuti + à 12 ans.

9. *Thérèse*

Mère pleurite, 1925. Hémoptysie, 1928.

Tante maternelle décédée, 1930. Tuberculose pulm.

Une domestique tuberculeuse : contact un mois.

Une sœur, 15 ans + Georges, décédé à 2 ans, méningite tub.? Paul, 11 ans + 0.

10. *Jean*

Domestique, radio 1934 négative.

Un frère 7 ans, cuti —

1 frère 9 ans, cuti —

Va au lycée depuis 1932.

11. *Roger*

Enquête négative. Un frère 11 ans c. —

12. *Jacqueline*

Père gazé, tuberculose pulmonaire. Décédé déc. 1927.

Séparé en septembre 1927.

Un frère né en 1915. C. — en 1925.

Une sœur, coxalgie soignée à Berk.

13. *Lucette*

Père, cirrhose éthylique.

Tante paternelle décédée de tuberculose pulmonaire.

Un jeune homme bacillifère soigné par chrysothérapie, a pris quelques repas en famille en déc.-janv. 32.

Une sœur, 1926 cuti —

Une sœur, 1929, cuti —

14. *Michel*

Père, hémoptysie 1927. Radio : taches scléreuses.

B. K : 0.

15. *Marguerite*

Père décédé, tuberculose, juin 1927. Contact permanent.

16. *Raymond*

Tante maternelle, pleurésie, 1928.

Un frère, 16 ans, cuti — en 1934.

17. *Simone*

Mère. Radio : 0, 1929. Gardée pendant trois ans par une femme dont le fils (contact) est décédé en 1926 de phtisie galopante.

Deux sœurs, aucun contact. Cuti —

18. *Lucile*

Mère réformée des écoles de la ville pour emphyseme, en 1935.

Un frère (1906).

Un frère (1907).

Une sœur (1910).

Pas de renseignements.

19. *Yvonne*, fille unique

Père gazé. Radio : sclérose bilatérale avec nodules au sommet-droit. Séparé de sa fille depuis 1930.

Grand-père paternel, réformé de la marine pour affection pulmonaire.

Mère, synovite tuberculeuse en 1937.

20. *Roland*

Père, fistule anale, 1928. Congestion et hémoptysie, 1933. Trois radios négatives. Hémoptysie en 1934. Pneumo. artificiel nov. 1934. Décédé bacillaire, nov. 1935.

G. P. P. décédé, bronchite chronique.

Mère, tuberculose pulmonaire, début 1934. B. K. + 36. Pneumo.

Oncle maternel, décédé de T. P. Aucun contact.

Ami tuberculeux décédé en octobre 1927. A pris quelques repas en famille.

En nourrice, une fille de la nourrice décédée d'abcès froid fistulisé.

21. *André*

Père bronchitique. Radio : 0.

Un oncle maternel, poussée évolutive en 1923.

Une sœur, 6 ans. Cuti. —

22. *Gilbert*, *Denise*

Père, bronchite. Radio négative.

Tante paternelle, décédée : Phtysie galopante, juillet 1932.

23. *Jacqueline*

Enquête négative.

24. *Annick*

Un frère, 16 ans, cuti + en 1929.

Une sœur, 14 ans, cuti + en 1929.

Un frère, 10 ans, cuti + en 1929.

Une sœur, 4 ans, cuti + en 1929.

25. *Pierre*

Père gazé, scopie normale.

26. *Guy*

Un frère, 25 ans ?

Un frère, 18 ans, cuti — 1932.

Un frère, 23 ans, cuti — 1929.

27. *Madeleine*

Père, gazé. B. K. : 0, 1924.

Un oncle paternel décédé de laryngite tub. 1920.

Mère pleurite, 1925.

Grand'mère maternelle bronchitique. Séparée de ses enfants depuis que cuti est positive.

Un frère, 15 ans, cuti + 1930.

28. *Lucienne*

Tante maternelle, congestion, 1932-33-34.

Une sœur, 6 ans, cuti — 1936.

Une sœur, 23 ans, cuti — 35.

29. *Simone*

Père gazé, décédé de tuberculose pulmonaire, 1924.

Contact pendant 5 mois.

Grand-père maternel décédé de tuberculose pulmonaire en 1928. Ne voyait Simone qu'une fois par an.

30. *Léon*

Père gazé. Radio : normale.

31. *Gisèle*

Grand-père maternel décédé de T. P., 1924.

Oncle décédé de T. P., 1924.

Une sœur, 23 ans, cuti + 1928.

Un frère, 17 ans, cuti + 1930.

Une sœur, 14 ans, cuti + 1931.

Une sœur, décédée de méningite tubercul., 8 ans.

Une sœur, 9 ans, décédée broncho-pneumonie aiguë.

32. *Jean*

Père éthylique, décédé de phtisie galopante, 1928.

Une sœur du père, ablation d'un rein en 1932, décédée en 1933.

33. *Andrée*

Grand-père paternel décédé de T. P., 1908.

Grand-mère maternelle, bronchite chronique.

Mère, fibrose bilatérale.

Un frère, 17 ans, cuti + 1932.

34. *Paul*

Père asthmatique.

Une sœur, 1910. Pas de renseignements.

Une sœur, 7 ans.

35. *Mireille*

Père, tuber. pulm., 1932; pneumo. expectorat. bacillifère, 1935.

Tante paternelle, péritonite tuberculeuse.

Mère bronchitique.

Un frère, 15 ans, cuti + 1933.

36. *Maurice*

Un frère, 1931.

Un frère, 17 ans, cuti — 1931.

Une sœur, 16 ans, cuti — 1931, maîtresse de classe.
suspecte.

Une sœur, 15 ans, cuti — 1933.

37. *Daniel*

Contage intime avec deux enfants âgés de 16 ans,
morts deux ans plus tard de T. P.

38. *Michel*

Grand'mère maternelle, décédée de tub. pulmonaire
en 1931.

Grand'père paternel, tousseur chronique, habite le
même pavillon.

Un frère, 10 ans, cuti +.

39-40. *Geneviève, Jacqueline* (deux jumelles)

Mère, six mois de sana. à 22 ans. Ex. négatif, 1936.

Oncle maternel, B. K. + depuis 1922. Contact un
jour par an, mais cohabitation avec Geneviève de
septembre à novembre 1934.

Une tante paternelle, sanatorium.

41. *Daniel*

Père asthmatique.

Grand-père maternel, décédé de tub. pulm., 1934.

Une sœur cuti + 1937.

42. *Kid*

Père disparu.

43. *Denise*

Grand-père paternel décédé de gang. pulmon. avant
guerre.

44. *Janine*

Père, bronchite chronique.

Oncle paternel, gazé.

Louis, 6 ans, cut. —

Monique, 5 ans, cut. —

45. *Raoul*

René, 1903, tuberculose pulm. en 1926, ne voit Raoul que deux fois par mois.

Maurice, 1913.

Madeleine, 1916, cut. — en 1928.

46. *Paul*

Mère tuber. avril 1929. Décédée en avril 31.

47. *Geneviève*

Père bronchitique. Radio normale. B. K : 0.

Mère, nodule opaque sous-claviculaire droit.

Grand-père paternel, tousseur.

Grand'mère maternelle, phtisie galopante 1926. Contact un an.

Un frère, 6 ans, cuti 0.

48. *Jacqueline*

Enquête négative.

Une sœur, 11 ans, 0.

49. *Hélène*

Mère, tuberculose pulm. Juin 1936. B. K. + pneumo
thorax.

Grand-père maternel décédé de tub. pulm. 1929.

Un oncle maternel, sanatorium, 1935.

Une sœur, 3 ans, cuti +.

50. *Jacques*

Enquête négative.

51. *Michel*

Enquête négative.

Un frère, 1916, cuti — 1931.

Une sœur, 1908.

52. *Robert*

Mère tubercul. pulmonaire probable, début 1930. Un
an sanatorium.

Grand'mère maternelle bronchitique, décédée, 1933.

53. *Jean*

Père, tub. pulmon. début apparent mars 1936.

Mère, radio : ombre floue 1/3 supérieur poumon
gauche, 1932.

Grand-père maternel décédé de tuber., 1930.

54. *Monique*

Père, tuber. pulmon. 1925. Rentré en famille en nov.
1928.

55. *Jacques*

Mère, bronchite au cours de grossesse. Radio 1930 :
pommelures sous-clav. gauche.

André, 22, cuti + 1930.

Jacques, 27, cuti + 29.

Christiane, 29, cuti + 31.

Robert, 30.

Enquête négative.

56. *Pierre*

Une sœur, 2 ans, négat. 36.

57. *Jacques*

Grand-père maternel, bronchite chronique.

Un frère, 1927, cuti — 37.

58. *René*

Oncle paternel, tub. pulmon. début 1933.

Tante paternelle, tub. pulmon. Décédée 1929.

Mère, scopie 1930, marbrures aux sommets. Voisins
décédés de tub. pulmonaire, 1930.

Georges, 1920, cuti + 1932.

59. *Nicole*

Frère, radioscopie suspecte (D^r Courcoux), 1928.

60. *Christiane*

Mère, pleurésie S. F. 1920; pleurésie rhumatism. 34.

Radio négative, 1936.

Simone, 27, cuti — 30.

61. *André*

Père, pleurésie S. F. 1935. Poussée hémoptoïque 35.

62. *Hélène*

Mère tub. pulm. début apparent 1925.

1925-29. Séparée de son fils jusqu'à ce qu'il ait deux
ans. De 25 à 28, a vu ses filles une fois par an.

Revenue en famille en août 1935. Etat grippal,
mai 1936.

Elisabeth, 1922, + 29.

Pierre, 1925, — 37.

63. *Gilbert*

G. P. P. décédé : bronchite chronique.

2 frères et sœurs de ce grand-père décédés de tub.
pulmonaire. Paul, 33.

64. *Claude*

Père toussueur. Radio normale.

Grand-père paternel décédé, tubercul. pulm., 1904.

Mère, sommet voilé, 1936.

Pierre, 1915, — 28.

Claude, 1920.

Roger, 23 + 29 + contaminé aux Enf. Mal.?

Geneviève, 31 — 36.

Michèle, 33 — 36.

65. *Paul*

Simone, 22. Nég. 35. Enquête négative.

66. *Anne*

Père, fistule anale, 1932. Expectorat bacillifère.

Mère décédée, tub. pulm. 1923 (enfant 3 semaines).

Belle-mère : pleurite sommet gauche.

Serge — 27.

67. *Maurice*

Mère, pleurite, 1907. Décédée tub. pulm. 1924. Contage jusqu'à la mort.

Tante maternelle décédée, tub. pulm. 1923, belle-mère (mère de Monique, B. P.)

Jean, 1918, + 29.

Raoul, 1919, + 29.

Pierre, 1921, + 29.

Monique, 34, — 37.

68. *Christiane*

Enquête négative.

69. *Renée*..

Raoul, 1912, + 26, poumon droit voilé.

Jean, 1919, + 21.

Christian, 1924, + 30.

70. *Maurice*

Monique, 36.

Marie-Louise, 32.

71. *Bernard*

Père, décédé, tub. pulm., décembre 36.

Oncle paternel, décédé, tub. pulm. 35.

Gérard, 33, — 37.

72. *André*

Père, hémoptysie, 1923. B. K. : 0. Sana. cinq mois.

Resté toussueur.

Mère, radio 31 : sclérose.

G. P. paternel, pleurite, 1901. Resté bronchitique.

Hélène, 32. — 37.

Pierre, 23. Contact pendant ses vacances avec voisins tuberculeux, décédés. Décédé lui-même en oct. 28, de péritonite.

Henri, 25, décédé méningite, 34.

73. *Claude*

Père gazé, toux chronique.

Tante maternelle décédée de tub., 1900.

Tante paternelle décédée de tub. rénale, 1913.

Mère, radio 29 : sclérose bilatérale.

Georgette, 1904, radio nég. 29.

Marguerite, 1911, Pott, 1933, Berk.

Jean, 1918, — 32.

Renée, 29, + 29.

74. *Roland*

Tante maternelle, ablation rein. 1932; T. pulm. 33.

Tante paternelle considérée comme tuberculeuse.

75. *Roger*

Mère décédée en 1930 de tub. pulmon.

G. M. maternelle décédée à 40 ans de tub.

76. *Thérèse*

Marie-Paule, 24, + 31.

77. *Bern*

Père, hémoptysie 34. Echec du pneumo. Sana.

78. *Denise*

Mère tub. pulm. début apparent, puis 34.

Oncle maternel décédé de méningite tuberculeuse en 1927.

Léone, 23 + 31, cirrhose hypertrophique éthylique à trois ans

Denise, 26 + 31

J. Claude, 29 + 31

Enfants séparés de leur mère en sept. 1934.

79. *Michel*

Contact avec un oncle décédé à 12 ans de tub. pulm.

Le père de ce jeune homme est décédé quelques mois plus tard de tub. pulmon.

80. *Daniel*

Tante maternelle décédée de tuberculose.

81. *Yvonne*

Mère sanatorium, 1934. Rentrée en famille, 35.

82. *Liliane*

Père, hémoptysie à 16 ans. Sana. 1930.

Tante paternelle, hémoptysie, décédée de tuberc.

83. *Jacques*

Père, mal de Pott au cours de l'enfance : tub. pulm.
1927.

G. M. paternelle, décédée coxalgie.

Oncle paternel, décédé méningite à 13 ans.

84. *Huguette*

G. P. maternel, tuberculose début 1918. Séparation
depuis 1933.

85. *Suzanne*

Père gazé, bronchite chronique. B. K : O. après
homogénéisation. Inoculation + en 31. Sclérose
discrète des deux sommets.

Germaine, 1912, tub. pul. Décédée 1936.

Robert, 1914.

Marcel 1920.

Hélène, 24 + 30.

86. *Huguette*

Père, examen clinique et radiologique négatif, 30.
Exp. bacill. 1933.

Marcel, 1925, cuti + 1933.

87. *Maud*

Mère décédée tub. pulm. Contact pendant 14 mois.

88. *Jean*

Mère, congestion pulm. 1913.

Oncle maternel, tub. pulm. Contact.

Marguerite, 21, cuti + 28.

89. *Georgette*

Georges, 23, cuti — 26.

90. *Huguette*

Père tub. pulm. Décédé 34.

91. *Roland*

Mère, tub. pulm. Décédée 33. Contact permanent.

92. *Roland*

Père, gazé.

Oncle paternel, décédé 1936. Phthisie galopante.

Tante paternelle, hémoptysie, 1927.

G. P. maternel, 1912, tub. pulm.

Tante maternelle, décédée en 30 de tub. pulmonaire.

Contact.

93. *Pierre*

Père, gazé.

Tante maternelle, décédée 1930, tub. pulmonaire.

René, 1919, + 29.

94. *Thérèse*

G. P. maternel décédé, tub. pulm. 1916.

Pierre, 24 + 31.

Jean, 26 — 37.

95. *Xavier*

Cousine germaine suspecte. Refuse l'examen. Contact de juin 35 à avril 37

Jeannine, 23.

96. *Jacq.*

Michel, 29. — 36.

97. *René*

Père, bronch. chronique, pas de lésion en mai 1937.

Oncle paternel, gazé. Décédé avril 34 de tuberculose. Mère, mai 1930, radio + (D^r Courcoux), hémoptysie, B. K + 31 sept. 1936, état grippal. Mai 1937, pas de lésions appréciables cliniq. et radiologiquement.

98. *Georges*

Père T. P. B. K. +, en contact pendant les six premiers mois de sa vie.

Sur ces 98 cas l'enquête s'est montrée positive 73 fois, ce qui est considérable (74,48 %). Nous attribuons ce résultat au fait que l'enquête médicale a été dirigée par le médecin lui-même et non à des infirmières et assistantes sociales auxquelles peuvent échapper des faits importants, malgré tout leur dévouement et leur bonne volonté.

18 fois l'enquête a été totalement négative (18,36 %).

Dans 7 cas, les renseignements ont été incomplets et ne permettent pas de déceler la contamination avec une certitude suffisante.

3 enfants ont été en contact avec des voisins ou amis tuberculeux.

1 a des parents sains, mais une sœur tuberculeuse.

33 enfants ont leur père ou leur mère ou leur deux ascendants tuberculeux.

36 enfants ont été en contact avec des sujets tuberculeux : oncle (15), tante, sœur (4), grands-parents (14), alors que le père et la mère sont également tuberculeux.

Au total 69 enfants ont vécu dans un milieu familial très suspect ou tuberculeux avéré, ce qui donne le chiffre considérable de 70,40 %.

Ce fait confirme entièrement la notion établie par Grancher que la contamination infantile est le plus souvent familiale. La contamination tuberculeuse peut se faire par l'intermédiaire d'une personne quelconque de l'entourage immédiat, frère, par exemple; tel est le cas de l'enfant n° 45. Son frère René fut atteint en 1926 de T. P. Raoul est en contact avec René deux fois par mois, alors que Maurice et Madeleine ne le sont jamais. Raoul seul présente un virage de la cuti-réaction.

Souvent l'histoire de la famille montre nettement le responsable de la contamination. L'enfant n° 6, Claude, a des parents suspects, mais la preuve de la tuberculose ne peut être faite. Claude est en contact répété avec sa tante maternelle, tuberculeuse avérée, qui va mourir de phtisie galopante. Claude présente une C. R. positive, dès 1934, alors que son frère Michel, vivant avec ses parents, mais éloigné de sa tante, conserve une C. R. négative en déc. 1936 (dernier examen).

Ce fait pour nous a une valeur quasi expérimentale; un seul enfant est en contact avec un tuberculeux contagieux, cet enfant seul est allergique. L'observation de notre enfant n° 28, Lucienne, est encore aussi démonstrative. Lucienne, en contact avec une tante très suspecte, réagit à la tuberculine, alors que

son frère et ses sœurs, éloignés de cette même tante, ne réagissent pas.

L'enfant n° 64, Roger, a une histoire également curieuse. Son père a un cliché pulmonaire normal. Sa mère a radiographiquement un sommet voilé. Son frère et ses deux sœurs ne réagissent pas à la tuberculine, lui a également une C. R. négative. Pour un angiome diffus du membre supérieur il est hospitalisé afin de subir un traitement radiumthérapique. La dernière cuti-réaction faite avant son entrée à l'hôpital est négative. La première cuti-réaction faite après son séjour à l'hôpital est positive. Les autres enfants restés au foyer ont conservé une C. R. négative. Sans qu'il soit possible d'être formel, il est logique de songer que le virage de la cuti-réaction est la conséquence d'un contage pendant l'hospitalisation.

Ces faits ne sont pas exceptionnels et après bien d'autres auteurs, nous pensons qu'il serait bon que le personnel hospitalier soit soumis à des contrôles tuberculiniques et radiologiques. Colombe a observé une petite épidémie de tuberculose aiguë survenue dans une école de province, la femme de service décédée peu après de tuberculose a pu être considérée comme l'agent contaminateur. Nous en concluons que tous ceux qui approchent les enfants devraient être astreints à une surveillance médicale sévère.

La tuberculose osseuse, contrairement à ce qu'on pense généralement, nous a paru avoir quelque responsabilité dans la contamination de l'enfant n° 7, Suzanne. Elle a un frère, les parents sont sains, Su-

zanne est pendant un mois en contact avec une tante parternelle présentant une tuberculose osseuse fistulisée. Après ce contact (1932) elle réagit à la tuberculine, alors que son frère éloigné de cette tante a conservé une C. R. négative.

Les observations précédentes sont à ce point schématiques qu'on serait tenté de croire que l'enquête permet tout de suite d'incriminer un contact et qu'elle peut s'arrêter là. Ce serait à notre avis envisager le problème sous un angle très restreint et diminuer ainsi de beaucoup la portée sociale des recherches sur la tuberculose; on ne dirigerait ainsi la lutte que contre une partie des contaminateurs.

Ainsi le père de l'enfant n° 72, André, a présenté une hémoptysie en 1923 et est resté cinq mois en sanatorium. La mère présente une sclérose pulmonaire. Sa sœur Hélène ne réagit pas à la tuberculine, mais son frère Henri est mort en 1934 de méningite tuberculeuse. Un autre frère a présenté une péritonite tuberculeuse et est mort au mois d'octobre 1928. Au premier abord, on aurait pu considérer le père comme responsable de l'allergie d'André et des lésions mortelles présentées par les deux autres enfants. Mais l'enquête révèle en plus que pendant des vacances le deuxième frère fut en contact avec des voisins tuberculeux, décédés par la suite. Donc une enquête s'arrêtant au père aurait, selon nous, omis un point important du problème.

Notre enfant n° 58, René, avait également été en contact avant le virage de la C. R. avec des voisins tuberculeux.

Contrairement aux cas précédents, il est parfois très difficile de mettre en évidence le contaminateur. Une de nos malades, décédée en 1936 à l'hôpital Bon Secours de tuberculose pulmonaire, une sœur n° 85, Suzanne, présentant une C. R. +, une autre sœur, Hélène, C. R. +, deux frères qui n'ont pas été suivis. La mère paraissait indemne de tuberculose. Le père avait été gazé à la guerre, il est bronchitique habituellement; un examen de crachats et une homogénéisation ont été négatifs ; mais poursuivant les recherches ont fait pratiquer une inoculation au cobaye, en 1931; celle-ci a été positive. Donc, c'est un sujet à peine suspect cliniquement qui a contaminé ses enfants.

Un autre de nos cas montre encore la difficulté souvent éprouvée de mettre en évidence la contagiosité d'un sujet. Huguette, n° 85, présente en 1930 une C. R. positive. Ses parents, soigneusement examinés, sont reconnus sains. Néanmoins ils sont inquiets et vont habiter dans la banlieue parisienne un pavillon où ils sont seuls, sans domestique, et ne voyant personne. Le frère d'Huguette, Marcel, né en 1925, ne va pas à l'école. Néanmoins, en 1933, il présente à son tour une allergie tuberculinique. Les parents sont à nouveau examinés très attentivement (Dr Courcoux), cliniquement et radiologiquement : ils sont normaux. On décide de poursuivre les recherches de laboratoire et après avoir obtenu quelques crachats, l'examen révèle dans ceux du père quelques bacilles de Koch. Voici donc un homme qui crachait quelques bacil-

les et avait ainsi contaminé ses deux enfants, sans nous avertir du péril.

La tuberculose du contaminateur n'est souvent mise en évidence que plusieurs années après la contamination.

Dans certaines familles, où tous les enfants ont une C. R. positive, il est logique de penser qu'il s'agit là d'un contact permanent ou répété avec un sujet contagieux, mais il est souvent très difficile de transformer cette intuition en certitude rigoureuse.

Denise, n° 78, et Jean-Claude deviennent allergiques en 1931 comme leur sœur aînée, Léone qui avait 8 ans auparavant fait une primo-infection bénigne quoique présentant une cirrhose hyperthrophique éthylique. Voici donc trois enfants qui sont tous infectés par le bacille de Koch, l'enquête très soignée, ne révèle rien; les parents paraissent bien portants. Mais, en 1934, la mère présente le début apparent d'une tuberculose pulmonaire. Nous pouvons admettre avec une grande probabilité que la mère a contaminé ses trois enfants — la preuve de la tuberculose n'a pu être faite que quelques années plus tard. — Ce n'est malheureusement pas un cas isolé, et très souvent plusieurs mois s'écoulent avant qu'on puisse faire la preuve de la contagiosité d'un malade.

Enfin une dernière observation va nous montrer l'importance de la répétition et de la virulence des contacts.

La mère de deux jumelles n° 39, Geneviève et Jacqueline, a fait un séjour au sanatorium à 22 ans.

L'examen, en 1936, est négatif. Le frère de cette jeune femme est T. P. bacillifère depuis 1932. Il voit régulièrement ses deux nièces, mais à partir de 1934 il cohabite avec Geneviève pendant trois mois. Les deux enfants font une primo-infection. Celle-ci se manifeste pour Geneviève par une réaction thermique durant trois jours, puis à la suite d'une rémission, reprise de la fièvre avec quelques signes digestifs; exagération marquée des ombres broncho-vasculaires, la C. R. est très fortement positive; pendant quelque temps arrêt de la croissance pondérale et staturale. Jacqueline fait une réaction thermique durant également trois jours, mais ne s'accompagnant d'aucun signe clinique. La C. R. est positive, sans être anormalement forte. Signes radiologiques discrets. Poids et taille continuent à augmenter. Voici donc deux enfants soumises à une même contagion, mais d'une durée et d'une intensité différentes. Elles font toutes deux une primo-infection, mais d'intensité également très différente. Comment ne pas voir une relation directe entre les différences de primo-lésion et l'importance des contacts ?

CUTI-REACTIONS NEGATIVES

Pour les 340 enfants appartenant à 201 familles, et ayant des cuti-réactions négatives, des enquêtes analogues ont été faites.

Dans 75 cas, l'enquête a été totalement négative. Aucun tuberculeux n'a été relevé, même dans la parenté éloignée, même chez les voisins ou familiers.

Dans 18 cas, on a trouvé un ascendant ou un collatéral tuberculeux. Mais il n'y a jamais eu contact. Bien souvent le sujet incriminé est mort avant la naissance de l'enfant. Nous croyons donc pouvoir ranger ces 18 cas avec les enquêtes négatives, ce qui donne alors pour elles un pourcentage important, 46,26 %.

29 enfants ont eu leur enquête familiale exposée au sujet de leur frère ou de leur sœur présentant une C. R. positive, dans l'étude précédente.

25 enfants, soit 7,4 %, ont été en contact avec des sujets très suspects, mais non tuberculeux avérés.

24 enfants, soit 7,37 %, ont été en contact avec des tuberculeux avérés, bien souvent même bacillifères.

Nous ne donnerons ici qu'un résumé des enquêtes ayant donné quelques renseignements notables.

100. *Pierre*

G. P. P. décédé à 55 ans. Pleurésie.

G. M. M. décédée, 1920. Phtisie.

Oncle paternel : méningite à 4 ans.

101. *Roger*

Père, bronchite chaque hiver.

102 *Anne-Marie*

G. P. P. fluxion poitrine, 1928.

Oncle paternel, T. P. en 1927.

G. M. M. bronchite chronique depuis 1910. Contage
4 jours avec une jeune femme T. P. morte l'année
suivante.

103. *Jean*

Père pleurite en 1934. B. K. : O.
Un oncle asthmatique.
Un oncle pleurite, 1912. Réformé.
Une tante maternelle pleurite, 1934.

104. *Jacques*

Père asthmatique. Radio normale.
Deux oncles : pleurite, 1912-1934.

105. *Maurice*

Deux oncles pleurite.
Un oncle asthmatique.

106. *André*

Père, hémoptysie, 1916-1935. B. K. : O.
Un oncle paternel décédé, laryngite T. Pas de con-
tact.
Une tante paternelle T. P.
Un oncle paternel T. P., mort en 1932.

107. *Robert*

Trois cousins germains décédés. T. P. 1930, sans
contact, mais ont habité le même logement après
eux.
Père décédé 1924, méningite probable.

108. *Jannine*

G. M. M. quelques nodules opaques côté droit.
Frère décédé 1925, méningite probable.

109. *Claire*

G. M. M. décédée T. P. 1914.

110. *Denise*

Mère, adénite sous-maxillaire traitée par antigène méthylique, 1924.

111. *Roland*

G. P. P. décédé, laryngite T. 1924.

112. *Sylvain*

Père T. Rénale opérée 1919.
G. P. P. décédé T. P. en 1923.

113. *Jacqueline*

Un oncle gazé de guerre, pas de contact.

114. *Jean*

Père gazé guerre, hémoptysies répétées; bacillaire en 1926. Pneumo de 26 à 1931. B. K. : O. depuis juin 1936.

115. *Pierre*

Père pleurite en 1920.

116. *Simone*

Père pleurite. Radio négative en 1929.

117. *Madeleine*

P : T. P. bacillifère en 1929. Guéri en 32.
Un frère pleurite en 1930-33.

118. *Marcelle, Françoise*

Oncle paternel décédé, affection pulmonaire ayant duré 23 mois.

119. *André, Marcel*

G. M. M. décédée 1929, T. P.

120. *Jacqueline et Lucienne*

Tante paternelle bronchitique. Morte T. P.

121. *Denise et Colette*

G. M. P. décédée T. P. 1926.

122. *Pierre*

Mère pleuro-pneumonie, 1925.

123. *Bernard*

Demi-oncle. Père gazé.

Père de celui-ci T. P.

Demi-tante : T. intestinale.

124. *André et Roger*

Oncle maternel décédé, T. P. 1934. Aucun contact.

125. *Monique*

G. M. M. laryngite tuberculeuse. Décédée 1907.

126. *Thérèse*

Père, calcifications sommet gauche, 1931.

1^{re} femme T. P. 1932, décédée.

127. *Blice*

Père pleurite, 1932.

Tante maternelle, 1926, T. P.

128. *Janine et Jacqueline*

Mère, asthme.
G. M. M. asthme.

129. *Marie*

Oncle M. bronchitique.
Tante M. décédée, 1931, T. P. Pas de contact.

130. *Jean, Marie et Odile*

Père : T. P. bacillifère, décédé 1935.

131. *Pierre*

Père décédé, neurofibromatose.

132. *Ginette*

Père pleurite, 1917. Radio 1920 = 0.

133. *Claude et Bernard*

Mère, bronchite chronique.
Père réformé, hémoptysie.
G. M. M. T. P. B. K. = O.
Demi-oncle : T. intestinale, décédé 1917.
Oncle T. P. bilatérale, 1925.

134. *Lucien*

Père T. P. B. K. + 1931. Rentré de sana. en 1933.

135. *Renée, Alice et Simone*

Père T. P. B. K. : O. Sorti de sana. en 36.
Tante paternelle, T. P., décédée 1929.

136. *Henri*

Père, pleurite 1920. Sorti de Sana. 1922.

Mère, radio suspecte. Elevée par une tante bien portante.

137. *Janine*

Père, hémoptysie 1931-34. B. K. : O.

138. *Robert et Janine*

Mère, congestion pulmonaire. Pleurite, 1933

139. *Gisèle*

Père bronchitique depuis enfance. Elevée par tante bien portante.

140. *André*

G. P. P. décédé 1927, emphysème.

Un frère décédé d'une pleurésie en 1913.

141. *Claude et Janine*

G. P. P. bronchite, décédé 1909.

Mère, congestion pulmonaire, juillet 32, décédée en septembre. Elevée par une tante.

142. *Jacques*

Père, fistule anale opérée en 1936.

143. *Agnès, Michel, Serge et Christiane*

G. P. P. décédé. Bronchite, 1912.

144. *Louis, Jane et Monique*

Père bronchitique.

Oncle gazé. Réformé 100 %.

145. *Maurice*

Père B. K. + en 1923. 18 mois de sana. Tousse.
contact permanent.

Oncle paternel décédé jeune de T. P.

146. *Rolande*

Mère, Mal de Pott, traitée à Berk de 7 à 10 ans.

147. *Pierre*

Mère T. P., début apparent 1933. Décédée sana. en
octobre 1936.

Un frère, né en 1931, ayant reçu du B. C. G. Gardé
par sa grand'mère depuis le début de maladie de
la mère.

148. *Monique*

Père T. P. début en 1924. Retour du sana. en 1926.

Séjour à nouveau en 27. Revenu en famille en
1928. Hygiène rigoureuse. Décédé janv. 30.

Mère, hémoptysie en 1912-31. Radio négative.

Le 18-2-32, alors que Monique n'ayant aucun con-
tact conserve une C. R. négative, sa sœur aînée de
4 ans, qui dans les derniers mois de la maladie
de son père se tenait de temps en temps dans la
même pièce a une C. R. +.

149. *Fernand, Hélène et René*

G. M. M. radio en 1932 : Exagération des ombres
broncho-vasculaires.

Oncle maternel, broncho-pneumonie traînante en
1931. Il a un enfant T. P.

150. *Roger*

Père décédé en 1933, fistule anale. Pneumonie hé-
moptysie. B. K. +.

151. *Jean et Jacques*

Un oncle : mal. de Pott.

Une tante paternelle T. osseuse, toussse.

152. *Philippe*

Mère pleurite en 1921.

153. *Maurice*

G. P. P. décédé, T. intestinale en 1912.

154. *Gérard*

Mère décédée T. P. en 1933.

155. *Paul, Cécile, Geneviève, Bernard, Albert, Madeleine*

G. P. P. décédé en 1928, après deux ans d'une affection pulmonaire.

Oncle maternel décédé en 1922, T. P.

156. *Michel*

G. P. M. bronchite chronique. A refusé l'examen des crachats.

157. *Janine, Paulette et Jean*

Père, bronchite. Radio suspecte.

158. *Jean*

Père toussseur depuis 1902.

Un oncle et une tante paternels décédés. T. P. à 16 et 18 ans.

159. *Jacques*

G. M. M., T. rénale.

160. *Simone*

Mère, épisode pleural et pulmonaire. Radio négative.

161. *Colette*

G. P. M. décédé. Affection pulmonaire chronique, avait eu une pleurite en 1900.

162. *Robert*

Mère, pleurésie séro-fibrineuse en 1925.
Oncle maternel décédé 1918. Phtisie.

163. *Henri*

Père T. P. décembre 1918. B. K. : O. Va bien.
Oncle paternel, pleurésie séro-fibrineuse.

164. *Jean-Marie*

Oncle paternel gazé.
G. P. asthmatique.
G. M. M. décédée, 1906.

165. *Denise et Pierre*

Un oncle paternel : pneumothorax double, encore en traitement au sana.

166. *Raymond, Jacques et Suzanne*

Père bronchitique. Radio suspecte.

167. *Geneviève et Claude*

G. M. M. décédée en 1921. Affection pulmonaire ayant duré 6 mois.

168. *J.-Louis et Claude*

G. P. M. décédé. T. P. 1930.

169. *Jacques*

Père, bronchite chronique.

G. P. P. bronchite chronique.

Une sœur serait décédée de méningite Tuberculeuse.

170. *Serge et Gérard*

Père, pleurésie en 1934. Radio normale en 36.

171. *Roland*

Frère a fait en 1918 une adénite suppurée en même temps que virage de C. R.

172. *Roger*

G. P. P. gazé, décédé 1930.

173. *Jacques et Simone*

G. P. P. décédé en 1932. Avait refusé l'examen.

Oncle M. décédé en 1924. T. P.

174. *Josette*

G. M. M. décédée en 1907. T. P.

175. *Pierre*

G. P. P. Bronchite chronique.

176. *Christian*

P. T. P. en 1936. B.K. + Sana. avec pneumothorax.

G. P. P. bronchite chronique.

177. *Bernard et Bernadette*

Une sœur aînée décédée à 10 ans, de méningite avec
B. K. dans le liquide céphalo-rachidien.

178. *Geneviève, Marie-Thérèse et Bernard*

G. P. P. décédé. T. P. en 1917.

179. *Janine*

Père, coxalgie à 3 ans. Traité à Berk.

180. *Suzanne*

G. M. M. décédée. T. P.

181. *Lionel*

G. P. P. décédé. T. P. en 1911.

Nous avons vu au début de l'exposé sur les réactions tuberculiques négatives, le pourcentage important (46,26 %) d'enquêtes totalement négatives. Par contre le nombre de cas où on a pu déceler un contact avec des tuberculeux avérés (7,37 %) ou même simplement suspects (7,40 %) est très faible.

De ces chiffres, nous pouvons donc, dès maintenant, tirer quelques conclusions générales :

— quand il n'y a aucun contact décelé, il est normal que les cuti-réactions soient négatives. Ceci est particulièrement frappant dans le cas d'une famille nombreuse; aucun enfant dans ces conditions ne réagit à la tuberculine.

— nombreux sont les enfants qui, dans leur ascendance plus ou moins proche ont un tuberculeux. Mais s'ils n'ont aucun contact avec le malade, ils conservent une cuti-réaction négative. Ceci s'est produit

notamment pour les enfants n^{os} 19, 94, 111, 113, 121, 124, 125, 168, 178, 181. Il n'y a pas eu contact, soit par le fait de précautions prophylactiques rigoureuses, soit par le décès de l'ascendant survenu avant la naissance de l'enfant.

Dans les cas 136, 141, 147, un ascendant est tuberculeux avéré ou suspect, mais il n'y a aucun contagé, les enfants sont séparés de leur parent et ne réagissent pas à la tuberculine. Ces faits ont une très grosse importance sociale et contredisent formellement cette notion de la tuberculeuse « maladie héréditaire ».

3° Dans notre observation n° 107, malgré la présence de tuberculeux parmi les membres de la famille, l'enfant conserve une cuti-réaction négative, cependant il a habité le logement de ces tuberculeux après leur décès. Il semble bien que la contamination nécessite un contact direct et que le rôle des objets intermédiaires soit moins important qu'on ne l'a cru. Cette contagion ne pouvant être réalisée, selon nous, que par des produits pathologiques « frais ». On n'a jamais pu déceler un cas de contagion par des bacilles desséchés. Contrairement aux affirmations de nombreux hygiénistes, nous pensons que les poussières des villes, des locaux autrefois habités par des tuberculeux ne sont pas agents disséminateurs de la maladie.

Cornet, Kunz, n'ont pu mettre en évidence des bacilles dans la poussière des rues. Karasse, Chaumier, inoculant des lots de cobayes avec de la poussière

prélevée dans les écoles, les wagons de chemin de fer, les maisons de commerce, les casernes, ne sont pas parvenus à tuberculiser l'animal.

4° Certains sujets à C. R. négative ont pu se trouver en contact avec des individus suspects (cas n° 160, n° 167) ou même avec des sujets tuberculeux à expectoration non bacillifère (nos 106, 135-137), on peut penser alors de ces cas ou bien, que nombre de tuberculeux sont non contagieux pendant de longues périodes, ou bien que certains sujets présentent une immunité particulière leur permettant d'échapper à la contamination et même à la maladie. La première hypothèse semble d'ailleurs beaucoup plus vraisemblable.

5° Des enfants enfin peuvent être en contact avec des tuberculeux avérés et conserver une réaction négative.

— Si le contact est court, mais virulent, ils peuvent faire brusquement une tuberculose évolutive, brutale et mortelle (n° 150).

— Si le contact est prolongé, mais que des précautions hygiéniques rigoureuses soient prises, l'enfant conserve sa réaction négative (nos 134, 145, 147, 148).

Ces faits démontrent une fois de plus tout l'intérêt et la nécessité des mesures prophylactiques. Dans certaines familles disciplinées et qui comprennent l'importance de l'hygiène, on peut ainsi laisser les en-

fants en contact avec leurs parents tuberculeux avérés. Ce fait a une grosse portée, car la séparation d'un enfant du milieu familial pose toujours au médecin une angoissante question de conscience.

6° Pour établir la date de début d'une tuberculose infantile, il est imprudent de ne se fier qu'aux commémoratifs familiaux. Seul le virage de la cuti-réaction peut fixer approximativement le début de l'infection.

Il faut également remarquer que les enfants des tuberculeux ne prenant pas de précautions font, tôt ou tard, avec une fréquence spéciale, des formes évolutives particulièrement graves. Il n'y a aucune indication sur le fléchissement subit de l'immunité, et s'il faut faire intervenir la notion de « terrain », c'est en conservant à ce terme son sens le plus vague.

CHAPITRE IV

SUR 117 CAS DE PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

Dans ce service de médecine sociale infantile qui fonctionne depuis plus de 8 ans maintenant, nous avons pu recueillir 117 cas de primo-infection tuberculeuse.

Le docteur Coffin, en 1935, avait réuni les 100 premiers cas s'échelonnant sur trois années antérieures. Ils ont été publiés succinctement dans la *Revue Française de Pédiatrie*, tome XII, en 1936.

Nous nous proposons ici de reprendre chaque observation avec détail et d'y ajouter les 17 cas survenus depuis 1935.

Nous avons classé les formes des primo-infection observées en FORMES LATENTES (42 cas), correspondant aux formes inapparentes de M. Courcoux, se manifestant uniquement par le virage de la cuti-réaction. Sans aucun signe clinique ni radiologique, les FORMES 1/2 LATENTES (56 cas) décelées en plus du virage de la

C. R. soit par des modifications radiologiques discrètes et en arrêt momentané de la croissance pondérale ou staturale, soit par des modifications cliniques discrètes. En FORMES ÉVOLUTIVES, 19 cas, dans lesquelles nous avons trouvé des f. fébriles ou telles que érythème noueux, pleuro-pneumonie, granulie.

Voici nos observations :

A. — FORMES LATENTES :

Gauv. Jean, né le 3 sept. 1927

Aucun antécédent familial.

Gardé jusqu'à l'âge de 4 ans par une jeune bonne
décédée quelques mois plus tard de T. P.

C. R. nég. les 12-12-29

7-5-30

26-2-31

C. R. + le 10-12-32

Examen radiologique normal.

Poids et taille en augmentation continus, malgré le
virage de la C. R.

Kle. Denise, née le 28-11-26

Antécéd. famil. Voir à 43, p...

Fréquente l'école depuis l'année 1931.

C. R. nég. : 13-10-31

C. R. + 5-3-12

Examen radiologique normal.

Poids et taille en croissance, malgré le virage de la
C. R.

Pil. Roland, né le 10-3-25

Antéc. famil. n° 74, p. 48.

A eu la rougeole.

C. R. nég. le 28-5-31

C. R. + le 30-1-32

Radiographie normale.

Poids et taille en croissance.

Pil. Lucien, né le 8-12-22

Voir famille, n° 74.

Rougeole-diphtérie en 1927.

C. R. négat. Première, 28-5-31.

Dernière, 10-2-34.

C. R. + 17-5-34

Radiographie normale.

Poids et taille en croissance.

Ray. Denise, née le 2-3-27

Famille saine.

A. P. : Varicelle en 1933; rougeole en 1934.

C. R. nég. : 5-2-31

C. R. + 10-3-32

Radiographie normale.

Poids et taille en croissance.

A présenté une angine peu de temps après la C. R. +

Ren.-Denise, née le 29-11-26

Famille, voir n° 78, p. 49.

A. P. : Coqueluche, 1930, avec broncho-pneumonie;
rougeole en 1931.

Une sœur, Léone, a fait en 1914 une févolutive grave.

Radiographie normale.

Poids et taille en croissance.

3. C. R. nég.

1^{re} Cuti-R. nég. : 22-11-28

Dernière C. R. nég.

1^{re} C. R. + \ 13-6-31

F. évolutive grave.

Radiographie normale.

Poids et taille en augmentation.

Rob. Liliane, née le 23-9-30. B. C. G. à la naissance.

Famille, voir n° 82, p. 49.

C. R. + le 25-10-34.

Radiographie normale.

Poids et taille en augmentation.

Voi. Thérèse, née le 14-9-28 (B. C. G. buccal)

Famille, voir n° 94, p. 51.

A. P. : rougeole.

C. R. nég. Première, 16-5-31.

Dernière, 22-12-32.

C. R. + 23-11-33

Radiographie normale.

Poids et taille en croissance.

Dag. Guy, né le 20-2-27

Famille, voir n° 26, p. 41.

A. P. : rougeole, suivie de broncho-otite, 1929; bronchite, 1931; coqueluche, 1932; oreillons, 1932.

8 C. R. nég. Première 16-5-29.

Dernière, 22-12-32.

C. R. + 18-1-34

Radiographie normale.

Poids et taille en augmentation.

Hop. Serge, né le 8-10-23

Famille saine.

A. P. : Coqueluche, 27; varicelle, 29; rougeole, 30.

8 C. R. nég. Première, 7-3-29.

Dernière, 14-12-33.

C. R. + le 17-3-34.

Radioscopie normale.

Poids et taille en augmentation.

Bla. Madeleine, née le 27-12-12

Famille saine.

A. P. : Paralysie infantile (séquelles); opérée amygdales et végétations, 1923. Régée, 1927.

3 C. R. nég. Première, 15-12-28.

Dernière, 11-4-20.

C. R. + le 7-12-29.

Examen radiologique égaré, il était normal.

Poids et taille en augmentation.

Caus. Robert, né le 31-3-15

Parents non tuberculeux (D^r Courcoux).

Ant. P., 1928 (syndrome de Fernet. Boulland (doc-coux). Contact d'une heure avec personne très malade.

5 C. R. négatives. La première, 15-11-28.

La dernière, 8-5-30.

C. R. + le 29-1-31.

Examen radiographique normal.

Augmentation du poids.

Lefe. Elinae, née le 18-8-32 (B. C. G. buccal).

Famille, voir n° 55, p. 45.

A. P. : varicelle, 1934.

2 C. R. nég. Première, 10-5-33.

Dernière, 9-11-33.

C. R. + 5-4-34.

Radiographie normale.

Poids et taille en augmentation.

Mar. Christiane, née le 25-8-25

Famille, voir n° 60, p. 45.

A. P. : Rougeole en 31; coqueluche, 31.

10 C. R. nég. Première, 21-3-31.

Dernière, 25-5-35.

C. R. + le 7-12-35.

Radiographie normale.

Poids et taille en augmentation.

Mey. Claude, né le 30-3-24

Famille, voir n° 64, p. 46.

12 C. R. nég. Première, 7-2-31.

Dernière, 16-4-35.

C. R. + 4-7-36.

Radiographie I. T. N. normale.

Poids et taille en croissance.

Bref. Jeanine, née le 3-1-31

Famille, voir n° 17, p. 39.

A. P. : Rougeole, 32; bronchite, 34.

6 C. R. nég. Première, 25-2-33.

Dernière, 7-12-35.

C. R. + le 8-10-36.

I. T. N. : Poids et taille croissance.

Brey. Roger, né le 23-5-24.

Famille saine.

A. P. : Coqueluche, 27; rougeole, 32.

9 C. R. nég. Première, 10-1-29.
Dernière, 16-1-36.
C. R. + le 28-1-37.
I. T. N. : Poids et taille croissance.

Ber. Pierre, né le 7-9-19

Famille, voir n° 8, p. 38.
A. P. : Rougeole, 1925.
6 C. R. nég. Première, 24-11-28.
Dernière, 3-5-30.
C. R. + le 7-11-31.
I. T. N. : Poids et taille aug.

Dev. Georges, né le 19-3-17

Famille, voir n° 30, p. 42.
A. P. : Endocardite rhumatismale, 27.
5 C. R. nég. Première, 8-11-28.
Dernière, 3-5-30.
C. R. + le 15-11-30.
Pas d'examen radiologique.
Augmentation taille et poids.

Per. André, né le 12-10-27

A. P. : Rougeole, 29; oreillons, 31.
3 C. R. nég. Première, 1-6-29.
Dernière, 23-11-29.
C. R. + le 31-1-31.
I. T. N. : Augmentation taille. Poids stationnaire.

Pro. Madeleine, née le 8-5-20

Famille P. Pleurite, 28.
M. congestion pulmonaire, 23.

8 C. R. nég. Première, 15-12-28.

Dernière, 7-5-32.

C. R. + le 22-10-32.

Pas d'examen radiologique.

Poids et taille en augmentation.

Que. Marie-Louise, née le 29-11-26

Famille, n° 76, p. 49.

A. P. : Coqueluche, 33; varicelle, 34.

2 C. R. nég. Première, 17-11-28.

Dernière, 13-11-30.

C. R. + le 6-5-31.

Pas d'examen radiologique.

Poids et taille en croissance.

Quen. Thérèse, née le 6-6-24

Famille, n° 76, p. 49.

A. P. : Coqueluche, 33.

3 C. R. nég. Première, 17-11-30.

Dernière, 12-11-30.

C. R. + le 6-5-31.

Pas de radio. Poids et taille augmentation.

Dulent. Hélène, née le 23-9-16

A. F. : Mère pleurite à 12 ans. Père bien portant.

A. P. : Broncho-pneumonie à 15 mois ; rougeole,
1918; varicelle, 1918; pleurésie à 8 ans; énurésie
nocturne et diurne.

Radio, 1925 : normale.

3 C. R. nég. Première, 19-1-29.

Dernière, 12-12-29.

C. R. + le 22-5-30.

Poids et taille en augmentation.

Déc. Gabrielle, née le 6-5-17

A. F. : Père emphysémateux.

A. P. : Rougeole, 1918; scarlatine, 1922; diphtérie,
1922. Réglée, 1930.

C. R. négat. 9-2-29.

C. R. + 28-11-29.

Pas d'examen radiologique.

Pas de taille en augmentation.

Beau. Maurice, né le 29-7-15

A. F. : M. bronchitique.

A. P. : Diphtérie 1916. Rougeole 1924.

Appendicectomie 1928.

C. R. négatif, 15-11-28.

C. R. + vf.-10-29.

Pas d'examen radiologique.

Poids et taille en augmentation.

Guy Gabrielle, née le 15-2-16

A. F. : Rien.

A. P. : Pneumonie, bronchites fréquentes, syndrome
hémogénique. Travaille en atelier depuis oct. 1929.

Réglée, août 1930.

4 C. R. négat. Première, 28-2-29.

Dernière, 31-5-30.

C. R. + le 17-1-31.

Poids et taille en croissance.

Led. Geneviève, née le 11-8-13

A. F. : Mère emphysémateuse.

A. P. : Rougeole, 1915; leucorrhée, 1928. Réglée oct.
1928.

C. R. nég. 20-2-30.

C. R. + 19-5-32.

Pas d'examen radiologique.

Poids et taille postérieurs au virage : inconnus.

Lef. Robert, né le 23-12-30 (B. C. G. buccal)

A. F. : Voir n° 55, p. 45.

A. P. : 1934, varicelle.

C. R. nég. Janv. 1933.

C. R. + Juin 1933.

Pas d'examen radiologique.

Augmentation de la taille et du poids.

Rob. Yvonne, née le 10-7-33 (B. C. G. buccal)

A. P. : Père considéré comme T. P. (D^r Courcoux),
envoyé en sana. de fév. 34 à juin 35. En fév. 37,
tousse et crache.

G. P. P. décédé, après naissance de sa petite fille,
d'affection pulmonaire ayant duré 7 ans.

A. P. : A 15 mois, deux pertes de connaissance ; à
2 ans 1/2 chute avec perte de connaissance.

C. R. nég. 15-2-36.

C. R. + janvier 1937.

Radiographie : Exagération discrète des ombres
broncho-vascul.

Poids et taille en augmentation.

Devil. Léon, né le 8-1-26

A. F. : Voir n° 30, p. 42.

A. P. : Coqueluche en 1929.

5 C. R. nég. Première, 14-3-29.

Dernière, 15-11-30.

C. R. + le 18-6-31.

Radiographie I. T. N.

Poids et taille en augmentation.

Mul. Marcelle, née le 15-6-1918

A. F. : Père bronchitique.

Radio : Deux sommets voilés, éventails liliaires.

A. P. : Coqueluche, 19; rougeole, 21; bronchite grip-pale en 21.

3 C. R. nég. Première, 12-1-29.

Dernière, 30-1-30.

C. R. + le 20-11-30.

Radiographie I. T. N. *

Augmentation de la taille, diminution du poids.

San. Lucien, né en septembre 1925

A. F. : Néant.

A. P. : Coqueluche, 28; rhumatisme, angine pur-pura, albuminurie en 29, maladie mitrale.

10 C. R. nég. Première, 28-3-31.

Dernière, 29-10-36.

C. R. + le 17-4-37.

Radiographie I. T. N.

II. — FORMES SEMI-LATENTES

Ger. Lucette, née le 23-8-20

Père T. P. en 1924. Depuis sept. 28 grandes précau-tions. décédé janv. 30.

M. : hémoptysie en 1912-1931.

A. P. : Rougeole, 25; coqueluche, 25.

8 C. R. négat. Première, 22-11-28.

Dernière, 18-2-32.

C. R. + le 7-7-32.

Radiographie : Léger flou parenchymateux.

Taille et poids en augmentation.

Alex. Marie-Thérèse, née le 14-11-21

A. F. : P. et oncle suspect.

A. P. : Rougeole, 1 an; coqueluche, 2 ans; varicelle, oreillons, 5 ans.

9 C. R. nég. Première, 6-12-28.

Dernière, 19-1-33.

C. R. + 19-10-33.

Radiographie : Exagération des ombres broncho-vascul.

Poids et taille : augmentation.

Ber Roland, né le 12-12-23

A. F. : Voir n° 8, p. 38.

A. P. : Opéré végétations et amygdales, avril 1932.

9 C. R. nég. Première, 24-11-28.

Dernière, 7-11-31.

C. R. + le 23-4-32.

Radiographie : Opacité hilare bilatérale limitée.

Poids et taille en augmentation.

Bert. Gilberte, née le 2 oct. 1920

A. F. : Rien à signaler.

A. P. : Coqueluche, otite suppurée, 1926.

2 C. R. nég. Première, 29-11-28.

Dernière, 11-4-29.

C. R. + le 14-11-29.

Pas d'examen radiologique.

Poids et taille en augmentation.

Brimb. Jacqueline, née le 14-2-25

A. F. : Voir n° 12, p. 38.

A. P. : Coqueluche à 2 ans.

4 C. R. nég. Première, 8-12-28.

Dernière, 7-2-31.

C. R. + le 13-6-31.

Radiographie : Exagération marquée des ombres broncho-vasculaires. A gauche, petit nodule en plein parenchyme, à mi-hauteur de la plage pulmonaire, environ à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 externe (Dr Courcoux).

Poids et taille en augmentation.

Br. Lucette, née le 20 mai 1929

A. F. : Voir n° 13, p. 39.

A. P. : Otite suppurée, 1930; rougeole, 34; varicelle, 34.

C. R. nég. 14-11-31.

C. R. + 2-4-32.

Radiographie : Exagération bilatérale des ombres broncho-vascul.

Poids et taille en augmentation.

Cal. Edouard, né le 20-6-20

A. F. : Renseignements incomplets. P. et M. bien portants. Une sœur décédée naissance.

3 C. R. nég. Première, 6-12-28.

Dernière, 14-11-29.

C. R. + 8-5-30.

Radiographie : Exagération légère des ombres broncho-vascul. à droite.

Carb. Jacqueline, née le 8 juin 1920

A. F. : G. P. P. décédé T. P. 1906.

Une tante décédée T. P. 1930, contact quotidien.

A. P. : Rhino-pharyngites répétées.

3 C. R. nég. Première, 19-1-19.

Dernière, 10-4-30.

C. R. + le 30-10-30.

Radiographie : Exagération légère des ombres broncho-vascul.

Taille stationnaire.

Poids en diminution.

Coul. Jacques, né le 30-8-21

A. F. : Père bronchitique. Radioscopie normale, juin 1933 (D^r Courcoux).

M. 1930. B. K. : O.

Continue son service (infirmière Hôtel-Dieu de Paris.)

A. P. : Coqueluche, 1927; rougeole, 1933.

C. R. nég. le 4-4-32.

C. R. + le 17-12-32.

Exagération marquée des ombres broncho-vasculaires des deux côtés.

Arthropathies diffuses.

Poids et taille en augmentation.

Del. Armand, né le 5-3-21.

A. F. : Voir n° 27, p. 41.

A. P. : Varicelle, 1927; rougeole, 1928.

3 C. R. nég. Première, 22-11-28.

Dernière, 24-10-29.

C. R. + le 11-12-30.

Radiographie : Exagération marquée des O. B. V.

Poids et taille en croissance.

Del. Madeleine, née le 29-10-27.

A. F. : Voir n° 27, p. 41.

A. P. : Varicelle, 1931; diphtérie, 32; appendicectomie, 1934.

C. R. nég. le 24-10-29.

C. R. + le 11-12-30.

Radiographie : Exagération marquée des O. B. V.

Taille en croissance.

Poids stationnaire.

Duc. Jean, né le 3-4-24

A. F. : Voir n° 32, p. 42.

A. P. : Coqueluche à 9 mois.

2 C. R. nég. Première, 28-5-31.

Dernière, 30-1-32.

C. R. + le 15-10-32.

Radiographie : Exagération marquée des O. B. V.

Poids et taille en croissance.

Et. Jean-Paul, né le 29-3-21

A. F. : En contact avec des cousins très suspects.

A. P. : Rougeole, oreillons.

3 C. R. nég. Première, 15-10-31.

Dernière, 17-11-32.

C. R. + le 18-5-33.

Radiographie : Exagération très légère des O. B. V.

Poids et taille en augmentation.

F. Allain, né le 22-2-23

A. F. : Rien à signaler.

A. P. : L'institutrice de l'enfant : T. P. O. A. fait un séjour en montagne en 29-30.

2 C. R. nég. Première, 20-12-28.

Dernière, 7-10-29.

C. R. + le 15-5-30.

Radiog. : Opacité hilaire bilatérale marquée.

Poids et taille en augmentation.

Des. Adrien, né le 21-6-25

A. F. : Tante maternelle T. P. 1931. A partagé le même lit en 1928-29. Père diabétique, tousses. Radio normale (D^r Courcoux).

A. P. : Coqueluche, 1930; rougeole, 1931; diphtérie, 1932.

5 C. R. nég. Première, 25-4-29.

Dernière, 20-11-30.

C. R. + le 26-2-31.

Radiographie : Sub. normale.

Augmentation de la taille.

Diminution du poids.

Duf. André, né le 31-12-26

A. F. : Voir n° 33, p. 42.

A. P. : Coqueluche, 29; Rougeole, 31; varicelle, 32.

2 C. R. nég. Première, 8-1-31.

Dernière, 30-4-31.

C. R. + le 19-11-31.

Radiog. sub. normale.

Taille en croissance. Poids stationnaire.

Duf. Robert, né le 25-5-19

A. F. : Voir n° 33, p. 42.

A. P. : Rougeole, coqueluche. varicelle, 29.

3 C. R. nég. Première, 8-1-31.

Dernière, 19-11-31.

C. R. + le 21-4-32.

Radiog. sub. normale.

Taille croissance. Poids diminution.

Gal. Pierre, né le 20-4-24

A. P. : Père laryngite T. 1930.

Mère, sclérose pulmonaire.

A. P. : Coqueluche, 1927; rougeole, 29; varicelle, 30.

5 C. R. nég. Première, 8-11-28.

Dernière, 3-4-30.

C. R. + le 15-5-30.

Radiog. : Exagération des O. B. V. à droite.

Poids et taille en augmentation.

Gard. Raoul, né le 25-5-23

A. F. : n° 45, p. 44.

A. P. : Coqueluche en 24; varicelle en 30.

3 C. R. nég. Première, 16-2-29.

Dernière, 12-12-29.

C. R. + le 22-1-31.

Radiog. : Exagération des O. B. V. inférieures à droite.

Poids et taille en augmentation.

Guy Suzanne, née le 29-1-20

A. F. : Cousin gazé de guerre

A. P. : Rougeole, 28; scarlatine, 35.

4 C. R. nég. Première, 15-12-28.

Dernière, 31-5-30.

C. R. + le 17-1-31.

Radiog. sub. normale.

Diminution de poids.

Viq. Marie-Louise, née le 14-2-22

Famille saine.

A. P. : Rougeole, 23; diphtérie, 28.

4 C. R. nég. Première, 20-12-28.

Dernière, 4-5-29.

C. R. + le 29.3-30.

Radiog. I. T. N.

Augmentation de la taille et du poids.

Bru. Marguerite, née le 24-4-23

A. F. : Voir n° 15, p. 39.

A. P. : Coqueluche, 27; varicelle, 29.

C. R. nég. octobre 1927 (hôpital Boucicaut).

C. R. + le 24-11-28.

Radiog. I. T. N.

Augmentation de la taille et du poids.

Lef. Christiane, née le 16-2-29

A. F. : Voir n° 55, p. 45.

A. P. : Néant.

C. R. nég. le 18.2-31.

C. R. + le 21-3-31.

Radiog. I. T. N.

Augmentation de la taille et du poids.

Jan. Jean, né le 28-12-21

A. F. : Père tousseur. Radio. normale (D^r Courcoux).

A. P. : Opéré amygdales, 28.

13 C. R. nég. Première, 16-1-29.

Dernière, 31-1-35.

C. R. + le 11-5-35.

Radiographie : Exag. bilatérale des O. B. V.; petit nodule parahilaire droit; anorexie marquée persistante.

Poids et taille en augmentation.

Le Pou. Pierre, né le 3-7-25

A. F. : Voir n° 56, p. 45.

A. P. : A été gardé de 1930 à 31 par une femme de 60 ans, toussant et très amaigrie. Oreillons, 1931.

3 C. R. nég. Première, 16-3-29.

Dernière, 5-4-30.

C. R. + le 31-1-31.

Radio I. T. N. Très légère accentuation des hiles.

Augmentation de la taille.

Poids stationnaire.

Gow. Georges, né le 14-2-20.

Famille : Voir 58, p. 46.

A. P. : Rougeole 1933, a toussé jusqu'en 27.

7 C. R. nég. Première, 27-4-29.

Dernière, 7-5-32.

C. R. + le 19-11-32.

Radiog. I. T. N.

Augmentation de la taille, diminution du poids.

Lou. René, né le 13-2-27 (B. C. G. buccal)

A. F. : Voir n° 58, p. 46.

A. P. : Oreillons, nov. 1932.

3 C. R. nég. Première, 18-4-31.

Dernière, 7-5-32.

C. R. le 9-11-32.

Radiog. I. T. N.

Augmentation de la taille, diminution du poids.

De Mey. Paul, né le 23-10-24

A. F. : N° 65, p. 47.

A. P. : Broncho, 24; rougeole, 28.

11 C. R. nég. Première, 26-10-29.

Dernière, 9-3-35.

C. R. + le 22-6-35.

Radiog. : Exagération légère des O. B. V. A présenté une bronchite en même temps que le virage de la réaction.

Augmentation de la taille et du poids.

Mey. Roger, né le 12-1-23

A. F. : Voir n° 64, p. 46.

A. P. : Angiome diffus du membre supérieur traité
aux Enfants Malades. Rougeole en 31.

2 C. R. nég. Première, 29-11-28.

Dernière, 18-4-29.

C. R. + le 19-12-29.

Radiog. : Opacité hilaire bilatérale limitée.

Augmentation de la taille et du poids.

Ren. Léone, née le 20-2-23

A. F. : Voir n° 78, p. 49.

A. P. : Rougeole en 28. En déc. 1928 : cirrhose
éthyliq.; gros foie débordant le rebord costal de
de trois travers de doigts. Ascite.

2 C. R. nég. Première, 13-12-28.

Dernière, 13-6-31.

C. R. + le 7-11-31.

Radiog. I. T. N.

Augmentation de la taille, diminution du poids.

Présente une bronchite en même temps que le vi-
rage de la C. R.

Rob. Régine, née le 24-11-27

A. F. : Voir n° 82, p. 49.

A. P. : Rougeole et broncho-pneumonie, 29; coque-
luche, 32.

C. R. nég. le 19-4-30.

C. R. + le 10-3-32.

Radiog. : Légère accentuation des O. B. V.

Augmentation de la taille et du poids.

Pendant 3 sem. petite fébricule, 37°4, coqueluche.

Thib. Marcel, né le 13-9-20

A. F. : Voir n° 85, p. 50.

A. P. : Scarlatine, 1933.

2 C. R. nég. Première, 5-1-29.

Dernière, 11-5-29.

C. R. + le 7-10-29.

Radiog. : Accentuation marquée des O. B. V. Nombreux nodules parenchymateux, surtout à droite, à gauche ébauche de tractus intercléïdo hilaire. Augmentation de la taille. Poids stationnaire.

Vois. Pierre, né le 4-7-24

A. F. : Voir n° 94, p. 51.

A. P. : Bronchite en 31 et 32 ; coqueluche en 31 ; rougeole en 32.

2 C. R. nég. le 16-5-31.

C. R. + le 3-12-31.

Radiog. I. T. N.

Augmentation de la taille et du poids.

Ben. Claude, né le 25-11-30.

Rougeole après le virage de la C. R.

A. F. : Voir n° 6, p. 37.

A. P. : Varicelle, 1931; scarlatine, 1933.

3 C. R. nég. Première, 2-4-32.

Dernière, 1-4-33.

Radiogr. : Accentuation des O. B. V.

Croissance de la taille. Poids stationnaire.

Chami. André, né le 28-7-27 (B. C. G. buccal)

A. F. : Voir n° 21, p. 40.

A. P. : Rougeole à 10 mois; coqueluche à 11 mois; bronchite en 1933.

4 C. R. nég. Première, 17-10-31.

Dernière, 16-12-33.

C. R. + le 9-6-34.

Radiog. : Accentuation légère des O. B. V.

Augmentation de la taille et du poids.

Chau. Denise, née le 31-8-31

A. F. : Voir n° 22 bis, p. 40.

A. P. : Néant.

2 C. R. nég. Première, 22-3-34.

Dernière, 15-12-34.

C. R. + le 11-4-35.

Radiog. : Exagération des O. B. V.

Augmentation de la taille et du poids.

Aug. Jean, né le 3-7-21

A. F. : Mère pleurite en 1932.

A. P. : Rougeole, 26; oreillons, 27; coqueluche, 29.

8 C. R. nég. Première, 12-31.

Dernière, 5-5-34.

C. R. + le 12-1-35.

Radiogr. : Petit nodule juxta-hilaire droit.

Augmentation de la taille et du poids.

Lab. Jacques, né le 22-11-26 (B. C. G. buccal)

A. F. : Voir n° 50, p. 44.

A. P. : Néant.

3 C. R. nég. Première, 22-12-28.

Dernière, 24-1-31.

C. R. + le 10-1-32.

Radiog. : Nodule hilaire droit.

Augmentation de la taille et du poids.

Tho Yvonne, née le 21 janvier 1915

A. F. : P. et M. bonne santé.

Un frère né en 1908 : hémoptysie, 27. A quitté la famille en 28.

A. P. : Broncho-pneum. à 28 mois; rougeole et coqueluche, 21; diphtérie; appendicectomie, 28.

C. R. nég. le 25-4-29.

C. R. + le 7-10-29.

Ne s'est jamais représentée.

Pas d'examen radiologique.

Poids diminué au moment du virage.

Flan. Jean, né le 2-8-17.

A. F. : P. et M. bien portants.

A. P. : Coqueluche, 21; rougeole, 25. En contact au lycée avec un camarade toussant, ayant fait un séjour à Oléron, et dont le père est décédé de T. P.

2 C. R. nég. Première, 21-2-29.

Dernière, 16-5-29.

C. R. + le 16-11-29.

Radiog. : Nodule sous clavicul gauche.

Augmentation de la taille et du poids.

Rich. Victor, né le 11-2-22

Famille saine.

A. P. : Coqueluche, teigne, pleurite 1925.

12 C. R. nég. Dernière le 16-3-35.

1^{re} C. R. + le 16-5-35.

Radiog. : Accentuation légère des O. B. V.

Augmentation de la taille et du poids.

Rob. Pierre, né le 10-6-23

A. F. : Famille saine.

A. P. : Opéré végétations et amygdales, 33.

3 C. R. nég. Dernière le 16-2-35.

1^{re} C. R. + le 13-4-35.

Radiog. : Accentuation légère des O. B. V.
Augmentation de la taille et du poids.

Row. Huguette, née le 28-4-25

A. F. : Voir n° 84, p. 50.
A. P. : Bronchite, 25; rougeole, 29.
C. R. nég. le 13-10-34.
C. R. + le 13-1-34.
Radioscopie I. T. N., sauf petit nodule rétro-cardiaque.
Augmentation de la taille, diminution du poids.

Wee Claude, né le 16-2-22

A. F. : Famille saine.
A. P. : Rougeole, 28; otite, 29.
5 C. R. nég. Première, 30-5-31.
Dernière, 1-4-33.
1^{re} C. R. + le 26-5-34.
Radiog. : Opacité hilaire limitée à gauche. Quelques
petits nodules parenchymateux.
Augmentation de la taille et du poids.

Duf. Henriette, née le 24-3-16

A. F. : Famille saine.
A. P. : Scarlatine, 23. Régée, 1931.
4 C. R. nég. Dernière le 22-5-30.
1^{re} C. R. + le 8-1-31.
Radiog. I. T. N.
Taille stationnaire, diminution de poids.

Lef. Jacques, né le 30-3-25

A. F. : Voir n° 55, p. 45.
A. P. : Broncho en 26; rougeole varicelle 27; diphtérie en 28.

3 C. R. nég. Première, 8-11-28.

Dernière, 28-11-29.

1^{re} C. R. + le 16-6-30.

Radiog. : Accentuation des O. B. V.; diminution du murmure vésiculaire; adénopathie axillaire bilatérale.

Augmentation de la taille et du poids.

Bois. Roger, né le 4-6-23

A. F. : Néant.

A. P. : Rougeole, varicelle.

3 C. R. nég. Dernière le 29-11-34.

1^{re} C. R. + le 2-1-36.

Radiog. : Accentuation des O. B. V. Décédé d'affection aiguë le 23-3-36. sans aucun signe de granulie.

Grat. Yolande, née le 21-9-35

A. F. : G. P. toussEUR hivernal. Père a eu un « chaud et froid » à 22 ans, resté malade 6 mois. Mère, congestion pulmonaire à 28 ans. Voisine très suspecte.

A. P. : Coqueluche, 24.

10 C. R. nég. Première, 5-6-30.

Dernière, 13-6-35.

1^{re} C. R. + le 22-2-36.

Radiog. : Accentuation légère des O. B. V.

Mar. Geneviève, née le 14-7-22

A. F. : Néant.

A. P. : Rougeole, 25; R. A. A. 27; varicelle, 33.

11 C. R. nég. Première, 6-12-28.

Dernière, 27-4-35.

1^{re} C. R. + le 1-2-36.

Radiographie : Accentuation des O. B. V.

Reb. Daniel, né le 16-4-27

A. F. : Voir n° 80, p. 49.

A. P. : Rougeole, coqueluche, 32; broncho, janv. 34.

12 C. R. nég. Première, 20-2-32.

Dernière, 19-1-35.

1^{re} C. R. + le 14-3-36.

Radiog. : A gauche, opacité hilare limitée.

Carit. Alice, née le 29-6-22

A. P. : Père, hémoptysie, 1930. B. K. : O. Oncle décédé T. P. 1934.

A. P. : Varicelle, 23; rougeole, 26. Régulée juillet 36.

13 C. R. nég. Première, 14-3-29.

Dernière, 24-10-35.

1^{re} C. R. + le 17-10-36.

Radiog. : I. T. N. sauf nodule opaque lenticulaire sous la clavicule gauche.

Del. Lucienne, née le 1-6-26.

A. F. : Voir n° 28, p. 41.

A. P. : Diphtérie, 27; coqueluche, 32.

14 C. R. nég. Première, 15-12-28.

Dernière, 28-5-36.

1^{re} C. R. + le 24-10-36.

Radiog. : Exagération des O. B. V. surtout à droite.
Poids stationnaire avant le virage. Etat grippal.

Scem. Georgette, née le 15-12-24

A. F. : Voir n° 89, p. 50.

17 C. R. nég. Première, 15-11-28.

Dernière, 30-4-36.

1^{re} C. R. + le 5-11-36.

Radio : Accentuation des O. B. V. de la base droite,
avec sinus clairs.

Dev. Jacques, né le 9-8-22

A. P. : Coqueluche, 24; rougeole, 28.

A. F. : Père bronchitique.

11 C. R. nég. Première, 17-1-29.

Dernière, 28-2-35.

1^{re} C. R. + le 9-1-36.

Radio : Accentuation marquée des O. B. V. gauches.

Nodule opaque lenticulaire à la partie inférieure
du hile droit.

Teal. Pierre, né le 20-7-22

A. F. : Nièce décéd. de T. P. en 1936. Aucun contact.

A. P. : Rougeole et coqueluche en 33.

8 C. R. nég. Première, 7-3-31.

Dernière, 6-6-36.

1^{re} C. R. + le 31-12-36.

Radio. : Accentuation légère des O. B. V. des deux
côtés, avec petits nodules opaques sur les ramifi-
cations bronchiques.

Perte de poids (6 kgs en 2 mois), ayant précédé le
virage.

Zev. Xavier, né le 2-6-25

A. F. : Voir n° 95, p. 51.

A. P. : Coqueluche, 29; rougeole, 30; scarlatine, 34.

14 C. R. nég. Première, 14-3-29.

Dernière, 17-2-36.

1^{re} C. R. + le 11-2-37.

Etat grippal, angine érythémateuse avant le virage.

Radio : Accentuation des O. B. V. hilaires avec
nodules opaques assez volumineux à gauche.
Exagération des tractus partant en éventail du
hile vers la clavicule. Aspect de tramite.

Pat. Robert, né le 20-5-27.

A. F. : n° 52, p. 45.

A. P. : Néant.

9 C. R. nég. Dernière le 25-10-34.

1^{re} C. R. + le 6-4-35.

Radio : Accentuation légère des O. B. V. Anorexie persistante et marquée depuis la dernière réaction négative. Cependant augmentation de la taille et du poids.

Viq. Pierre, né le 26-6-23

A. F. : N° 94.

A. P. : Coqueluche, 27; pneumonie, 28; rougeole, 30.

8 C. R. nég. Dernière le 15-10-31.

1^{re} C. R. + le 7-4-32.

Radio. I. T. N. Anorexie avec amaigrissement pendant plus d'un an.

Bonj. Madeleine, née le 23-1-15

A. F. : Néant.

A. P. : Paratyphoïde, 22; rougeole, 25; scarlatine en 27 avec albuminurie.

C. R. nég. le 18-4-29.

C. R. + le 26-10-29.

Radio : Accentuation des O. B. V. Anorexie et asthénie avec amaigrissement.

Gat. Liliane, née le 21-9-25

A. F. : Voir plus haut sa sœur Yolande, p. 97.

A. P. : Rougeole, coqueluche en 27.

10 C. R. nég. Première, 5-6-30.

Dernière, 13-6-35.

1^{re} C. R. + le 22-2-36.

Radio : Nodules lenticulaires multiples disséminés

en plein parenchyme, surtout à droite. A présenté une crise d'urticaire immédiatement avant le virage de la C. R. Cet épisode urticarien est resté unique.

Lef. André, né le 23-10-22

A. F. : Voir plus haut son frère Jacques, p. 96.

A. P. : Broncho, 26; Rougeole, 27.

3 C. R. nég. Dernière le 28-11-29.

1^{re} C. R. + le 14-6-30.

Radio. I. T. N. Légère bronchite bilatérale a précédé immédiatement le virage de la C. R.

Chan. Gilbert, né le 27-2-26

A. F. : Père bronchitique. Radio nég. (D^r Courcoux).

Tante paternelle décéd. phtisie galopante, juil. 32.

A. P. : Rougeole, 28; oreillons, 33.

2 C. R. nég. Dernière le 4-11-33.

1^{re} C. R. + le 22-3-34.

Radio : Accentuation des O. B. V. Congestion pulmon. suivant immédiatement le virage de la C. R.

Prot. Madeleine, née le 8-5-20

A. F. : Père pleurite, 28. Mère congestion pulm. 23.

A. P. : Coqueluche, 26; rougeole, 27.

8 C. R. nég. Première 15-12-28.

Dernière, 7-5-32.

1^{re} C. R. + le 22-10-32.

Depuis 6 mois elle présentait une très légère hydarthrose des deux genoux. Régulée depuis juin 1936.

Radio : Image thoracique normale.

III. — FORMES ÉVOLUTIVES

Gob. Geneviève, née le 17-3-25

A. F. : Voir n° 47, p. 44.

A. P. : Rougeole, 1931.

12 C. R. nég. Première, 9-2-29.

Dernière, 8-6-35.

1^{re} C. R. + le 12-10-35.

Radiog. : Exagération marquée des O. B. V. avec, à droite, en plein parenchyme, une tache floue de la grosseur d'une noix à la partie moyenne du poumon.

Depuis le 8-6-35, tachycardie (pouls à 100). Envoyée au Roc des Fiz. Le médecin traitant écrit le 13-5-36 : « image triangulaire de la base que l'on peut attribuer à une scissurite avec les réserves que comporte un diagnostic purement radiologique ». Augmentation de la taille et du poids.

Gos. Marcelle, née le 24-12-14

A. F. : Mère, toussé. Radio, 30 : normale (D^r Courcoux).

G. M. M. toussé. Marcelle couche de temps en temps dans le même lit.

A. P. : Luxation congénitale de la hanche. Scarlatine 21; rougeole, 22.

3 C. R. nég. Première, 2-3-29.

Dernière, 19-10-29.

1^{re} C. R. + le 13-2-30.

Radio : Exagération marquée des O. B. V. Fait lors de la primo-infection des épisodes thermiques du type de typho-bacilliose avec inspiration rude à gauche.

Immédiatement avant le virage de la C. R. a présenté une affection étiquetée paratyphoïde.

Augmentation de la taille et du poids.

Sal. Jean, né le 13-2-27

A. F. : Voir n° 88, p. 50.

A. P. : Oreillons en 30; rougeole, 33; coqueluche, 34.

8 C. R. nég. Première, 3-1-29.

Dernière, 24-11-32.

1^{re} C. R. + le 7-12-33.

Radio : I. T. N. mais de nombreux nodules hilaires bilatéraux. Poussées fébriles fréquentes, ne rentrant dans aucun cadre déterminé.

Augmentation de la taille et du poids.

Jol. Jacqueline, née le 30-10-30

A. F. : Voir n° 39, p. 43.

A. P. : Otite suppurée double, 31.

7 C. R. nég. Première, 7-5-32.

Dernière, 27-6-35.

Radio : Exagération légère des O. B. V. Le virage de la C. R. s'est accompagné d'une poussée fébrile ayant duré trois jours. Aucun signe clinique.

Poids stationnaire.

Jol. Geneviève, née le 30-10-30 (sœur jumelle de la précédente)

A. F. : Voir n° 39, p. 43.

A. P. : Rougeole et oreillons, 1932.

8 C. R. nég. Première, 7-5-32.

Dernière, 27-6-35.

1^{re} C. R. + le 11-1-36.

Radio : Exagération très marquée des O. B. V. A présenté peu de temps après le virage deux épisodes fébriles durant chacun 3 jours, le second s'est accompagné de signes digestifs.

Poids resté stationnaire.

Bud. Raymond, né le 28-3-24

A. F. : Voir n° 16, p. 39.

A. P. : Oreillons, 29; coqueluche, 31.

6 C. R. nég. Première, 15-12-28.

Dernière, 13-2-32.

1^{re} C. R. + le 30-6-32.

Radiog. : Accentuation des O. B. V.

Ictère catharal, décembre 1932.

Augmentation de la taille et du poids.

Mait. Roger, né le 25-7-17

A. F. : Père bronchitique chronique; sœur T. P.
contact avec Roger de février à mars 1930.

A. P. : Varicelle, oreillons.

3 C. R. nég. Première, 7-1-29.

Dernière, 19-2-29.

1^{re} C. R. + le 26-6-30.

Radiog. : Nodule hilaire à droite. A présenté en
mars un ictère catharal prolongé.

Mot. Jean, né le 4-9-19

A. F. : Voir n° 69, p. 47.

A. F. : Rougeole, 21; diphtérie, 23.

6 C. R. nég. Première, 1-12-28.

Dernière, 24-1-31.

1^{re} C. R. + le 3-10-31.

Radio : Accentuation très marquée des O. B. V. à
gauche; opacité para-hilaire de forme semi-cir-
culaire du volume d'une mandarine.

Présentait lors du virage de la C. R. un érythème
noueux.

Mot. Christiane, née le 25-11-24 (sœur du précédent)

A. F. : Voir n° 69, p. 47.

A. P. : Coqueluche en 30.

4 C. R. nég. Première, 13-4-29.

Dernière, 22-2-30.

1^{re} C. R. + le 11-10-30.

Radio : Accentuation des O. B. V. avec une nodule para-hilaire droit du volume d'une noix.

Deux mois après le virage la C. R. a présenté également un érythème nouveau.

Gar. Roger, né le 26-8-21

A. F. : Parents sains. Contacts très rares avec un vieillard T. P., 1932.

A. P. : Rougeole, bronchite, 28.

10 C. R. nég. Première, 1-12-28.

Dernière, 4-2-32.

1^{re} C. R. + le 31-3-32.

Radio : Feutrage du hile droit. Apparition immédiatement avant le virage d'un érythème nouveau.

Thil. Huguette, née le 4-2-27

A. F. : Voir n° 86, p. 50.

A. P. : Rougeole, 28; rougeole, bronchite, 30.

4 C. R. nég. Première, 17-11-28.

Dernière, 16-1-30.

C. R. + le 28-6-30.

7 radiog. : On observe d'abord une image floue intercleido-hilaire gauche, puis une lobite massive du lobe supérieur gauche. Cette image disparaît au cours des examens ultérieurs, mais apparaissent de petits nodules dans les 2 champs pulmonaires.

Grat. Jeanine, née le 15-10-21

A. F. : Voir plus haut sa sœur Liliane.

A. P. : Coqueluche, 24; bronchite.

13 C. R. nég. Première, 28-3-39.

Dernière, oct. 35.

1^{re} C. R. + janv. 35.

Entre la dernière C. R. nég. et la 1^{re} C. R. + a fait une pleurésie gauche, depuis température oscillant autour de 38°.

Le 12-2-36, cortico-pleurite gauche.

Interruption des règles en oct. 35. Réapparition en même temps que la température commence à se stabiliser.

Jeq. Renée, née le 11-8-21

A. F. : Père soigné à la Charité, puis à Cochin. 1/3 moyen poumon gauche aspect granité. Depuis 21 se dit guéri, mais tousse encore en 28. B. K. : O.

A. P. : Congestion pulmon. double en 23 ; coqueluche, diphtérie en 27.

20 R. C. nég. Première, 6-6-25.

Dernière, 18-1-34.

1^{re} C. R. + le 18-1-34.

Radiog. : le 3-2-34 : Image de granulie froide à la suite d'une « grippe intestinale ». Entre aux Enfants Malades en février 1934, et y décède de méningite tuberculeuse avec B. K. dans le liquide céphalo-rachidien.

Autopsie (D^r Tixier) : Granulie généralisée et méningite terminale. De plus, à droite, présence au sommet d'un nodule calcifié, au contact duquel se trouve une caverne de la dimension d'une bille; au niveau du médiastin, ganglion caséeux gros comme une noisette. A gauche aucune lésion autre que celle de granulie ganglions normaux.

Pie. Raymond, né le 2-7-18

A. F. : B. et M. sains. Un 1/2 frère utérin suspect, vu à l'hôpital Bon-Secours en août 35.

A. P. : Néant.

C. R. nég. le 13-6-31.

C. R. + le 9-1-32.

Sur trois radiographies successives on voit peu à peu s'atténuer des nodules parenchymateux parahilaires et les ombres B. V. tout d'abord très marqués. Un mois après le virage de la réaction : adénite cervicale suppurée, traitée par R. U. V., puis opérée le 5-7-32. Après cette intervention l'enfant part à Berck.

Thiel. Marcel, né le 28-11-25

A. F. : Voir plus haut sa sœur Huguette, p. 105.

A. P. : Rougeole, coqueluche.

16 C. R. nég. Première, 13-12-28.

Dernière, 27-4-33.

1^{re} C. R. + le 12-10-33.

Immédiatement avant la 1^{re} C. R. positive, a présenté quelques arthralgies avec température. La radio montre une accentuation des O. B. V. Quelques nodules parahilaires. Une image en bande au niveau du lobe inférieur droit.

Le 13-3-34, douleurs abdominales, temp. 40°, décédé à Bretonneau (service du docteur Grenet), avec le diagnostic de broncho-pneumonie probable. Pas d'autopsie.

Jul. Daniel, né le 30-9-31

A. F. : Père asthmatique. G. M. M. déc. T. P. 1923.

A. P. : Rougeole.

5 C. R. nég. Première, 7-5-34.

Dernière, 11-6-36.

1^{re} C. R. + le 21-1-37.

Chute de poids avant le virage de la C. R.

Radio : Des deux côtés exagération des O. B. V. avec nodules opaques plus marqués à la partie moyenne du hile gauche, à droite nodule opaque parenchymateux à mi-distance entre le hile et la partie externe, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. Cliniquement : Bronchite bilatérale.

De F. Maurice, né le 30-3-34

A. F. : Famille saine.

A. P. : Broncho-pneumonie en 24.

A. P. : Broncho-pneumonie en 24; rougeole en 26.

12 C. R. nég. Première, 20-12-28.

Dernière, 5-3-36.

1^{re} C. R. + le 28-1-37.

15 jours après le virage, matité à la 1/2 inférieure de l'hémithorax gauche. Espace de Traube sonore. Vibrations vocales abolies, ainsi que le murmure vésiculaire. Aucun bruit adventice.

A la radio : Ombre pleurale de Damoiseau. Image de pleurésie primitive. Accentuation très marquée des O. B. V. à droite. Poids stationnaire.

Del. Christian, né le 27-3-23

A. F. : Néant.

A. P. : Coqueluche, 24; rougeole, 29; otite, broncho, 30.

17 C. R. nég. Première, 12-10-29.

Dernière, 28-11-36.

1^{re} C. R. + le 27-11-37.

Radiographie : Petits nodules lenticulaires bilatéraux, tractus intercléido-hilaires. Image parenchymateuse floue à la base droite.

Quels enseignements peut-on tirer de l'étude de ces 117 observations ?

— La primo-infection s'observe avec un maximum de fréquence entre 5 et 10 ans pour les garçons et les filles. En ce qui concerne ces dernières l'influence défavorable de la puberté nous est apparue assez fréquente, mais non constante. La doctrine classique qui attribue les formes de tuberculose évolutive de la puberté à une réinfection endogène liée à une défaillance de l'organisme se trouve donc en défaut pour nombre de cas.

— Dans tous les cas, la contamination tuberculeuse possible a été recherchée soigneusement. Dans 31 cas seulement, l'enquête est restée complètement négative, ce qui donne un pourcentage très faible (27,35 %), si l'on considère que le diagnostic de primo-infection a été uniquement basé sur le virage de la cuti-réaction et que nombre d'enfants n'ont présenté qu'une forme inapparente.

Les enquêtes familiales confirment une fois de plus que la contamination infantile est le plus souvent d'origine familiale. Quelquefois les parents ne sont pas en cause, mais ce sont des oncles, tantes, grands-parents, plus rarement un frère ou une sœur.

On observe également des contaminations extra-familiales (voisins, camarades de classe ou de jeux). Celles-ci échappent très souvent à l'enquête familiale et il est assez légitime de penser que dans nombre de cas où la famille s'est révélée indemne, il s'agit de contacts extra-familiaux.

Nous avons classé nos formes observées en tenant compte des signes cliniques, des signes généraux (poids et taille), et des signes radiologiques.

Pour ceux-ci il nous faut donner quelques explications :

Dans certains cas faciles, l'image radiologique est tout à fait normale. Pour d'autres, au contraire, on observe des modifications importantes, sur lesquelles ont insisté MM. Debré, Lelong et Mignon : soit images hilaires pulmonaires pseudo-ganglionnaires si bien étudiées par MM. Rist et Levesque, soit images arrondies, floconneuses, siégeant en plein parenchyme, soit images en plage diffuse ou en bande transversale.

Mais entre ces deux groupes de faits en existe un troisième intermédiaire, où les aspects sont à la fois difficiles à interpréter et à classer.

Il est certain que bien souvent des aspects normaux ont été considérés comme pathologiques, soit que l'on ait retenu comme anormaux des points opaques qui n'étaient que des intersections de bronches ou de vaisseaux, soit qu'il y ait eu confusion entre des ombres pulmonaires ou bronchiques et le réseau des vaisseaux pulmonaires, images si bien étudiées par MM. Delherm et Chaperon.

Néanmoins il ne faut pas commettre l'erreur inverse et admettre que des aspects subnormaux équivalent à des aspects normaux.

La modification la plus fréquemment observée est une accentuation de l'opacité des tractus broncho-vasculaires. Celle-ci peut être légère ou marquée, lo-

calisée ou diffuse. Très souvent on remarque, étagés sur les tractus, de petits nodules opaques, qui doivent être distingués des intersections de bronches. Ces nodules donnent des images plus importantes et apparaissent dans des circonstances étiologiques spéciales. Comme le pensait M. Méry, ils nous paraissent liés à un état de sclérose.

Lorsque l'opacité est localisée, les aspects échappent à toute description systématique, car ils dépendent de l'importance et de l'étendue relative de cette opacité. Parfois on observe une image de feutrage hilaire, et quand celui-ci est unilatéral l'aspect est très voisin de l'image hilaire pseudo-ganglionnaire de MM. Rist et Levesque. Lorsque cette image s'efface, on observe pendant un certain temps encore une exagération des ombres broncho-vasculaires.

Pour M. Coffin, la plupart des images subnormales s'observent chez des sujets non tuberculeux, particulièrement chez des sujets porteurs de dilatation des bronches ou chez des enfants convalescents de coqueluche, ou bien encore présentant des rhino-pharyngites à répétition. Si l'on observe à l'écran des sujets adolescents à C. R. négative et n'ayant eu ni la coqueluche, ni la moindre infection des voies respiratoires, on constate une image radiologique normale.

Il n'existe aucun aspect radiologique qui soit pathognomonique de la T. P. Non seulement la tuberculose peut réaliser toutes les images pulmonaires, et toutes celles-ci peuvent être observées sans que la

tuberculose soit en cause, mais encore les images hilaires pseudo-ganglionnaires n'ont, elles non plus, aucune signification pathognomonique. Elles ont été observées dans la pneumonie franche par MM. Mouriquand et Savoye, qui ont fait ressortir que « la similitude avec la tuberculose est alors frappante », MM. Debré, Julien Marie, Mignon, Jean Bernard et B. Dreyfus ont vu des faits semblables.

On ne peut donc affirmer qu'une image pulmonaire traduit une image tuberculeuse qu'en tenant compte de l'ensemble des résultats fournis par des examens successifs.

Dans nos observations, il existe à ce point de vue une lacune, car il n'a pas été fait d'examen radiologique lors de la dernière C. R. négative.

Pour posséder un document antérieur au virage de la C. R. il aurait fallu faire, en moyenne deux fois par an, un cliché pour chacun des enfants suivis; cela représenterait une dépense pécuniaire trop lourde. Il aurait d'ailleurs fallu, pour que ces documents aient une valeur irréfutable, que l'enfant ne présentât à ce moment aucune affection respiratoire aiguë, susceptible, nous l'avons vu de donner une image anormale.

Cependant, dans quelques cas particuliers, pour des enfants spécialement surveillés, du fait de leurs antécédents familiaux, la comparaison avec un examen radiologique antérieur a montré que les modifications radiologiques ne semblaient voir d'autre cause que le virage de la C. R.

Du point de vue clinique il est à noter le nombre important (30 cas) des formes latentes, encore appelées par M. Courcoux formes inapparentes. M. Heckscher pense, d'après l'étude des conscrits danois, que la plupart des primo-infections ne donnent pas de signe de maladie. Dans ces cas la primo-infection n'est donc décelée que par la C. R. MM. Debré et Joannon font la même remarque pour la « forme floride » du nourrisson.

— L'anorexie peut être chez l'enfant le seul signe d'imprégnation tuberculeuse.

Entre les formes latentes et les formes évolutives de nombreux types peuvent s'observer, que nous avons rangés dans les formes semi-latentes.

La primo-infection s'accompagne alors de bronchites, de congestions pulmonaires d'apparence banale. Le diagnostic de ces formes est fait avant tout par le virage de l'épreuve tuberculinique. Nous avons observé également trois formes articulaires : légère hydarthrose dans un cas, arthralgies diffuses dans deux autres.

L'origine de l'hydarthrose constatée chez une fille de 12 ans est douteuse, car cette réaction est fréquente chez les filles à la période pubertaire, même lorsqu'elles ne réagissent pas à la tuberculine.

Les arthralgies diffuses sont au contraire à rapprocher de ces « douleurs de croissance qui ne font pas leur preuve, avec ou sans fièvre, accompagnées parfois de fluxion articulaire transitoire et rappelant

le rhumatisme tuberculeux aigu curable de Poncet » (MM. Lelong et Gavois).

Quelques-unes des formes que nous avons observées lors de la primo-infection sont à retenir. Nous avons déjà insisté sur la forme fébrile présentée par deux jumelles soumises à un contagé d'inégale durée et d'inégale virulence. L'enfant qui avait subi la plus sévère contamination, fit une fièvre cryptogénétique de 3 jours, puis une rechute durant également 3 jours avec quelques signes digestifs. La sœur jumelle ne présenta qu'un épisode fébrile de 3 jours.

Une autre de nos filles, âgée de 15 ans, présenta une courbe typique de typho-bacillose. L'évolution ultérieure fut spontanément favorable.

2 érythèmes nouveaux furent observés à la même date chez un garçon de 12 ans et sa sœur âgée de 5 ans. Tous deux présentaient la même modification radiologique : image en amande. Ces cas sont à rapprocher de ceux que signalait M. Nico et dont M. Bour rappelait récemment le caractère épidémique.

Il nous a été permis également de constater une pleurésie séro-fibrineuse M. Courcoux et plus tard M. Nico, ont montré que cette forme était assez fréquente chez l'adulte jeune. Il existe en effet une grande tendance à l'exsudation pleurale au stade initial de la tuberculose. Pour d'autres auteurs, la pleurésie est aussi une manifestation initiale de la tuberculisation. Il est intéressant de voir que chez l'enfant la pleurésie peut être la première manifestation de tuberculose.

Enfin, une de nos enfants a présenté une granulie et est décédée dans le service de M. Tixier. L'autopsie révéla une caverne. L'apparition d'une caverne lors de la primo-infection a déjà été signalée, notamment par MM. Lemierre, L. Kindberg et E. Bernard, M. Bour en a publié deux observations.

Signalons également chez deux de nos enfants un ictère catarrhal. Ictère léger, de ceux pour lesquels M. Troisier a proposé le nom d'ictère commun apyrétique. Il semble nécessaire d'insister sur la possibilité de l'ictère au moment du virage de la C. R. Dès 1928, M. Troisier avait publié une observation dans laquelle une poussée d'ictère d'une quinzaine de jours, avec température oscillant entre 38° et 39°, précéda une légère hémoptysie, puis une pleurésie séro-fibrineuse.

Nous constatons donc une grande similitude entre les formes observées chez les enfants et celles observées chez les adultes.

Comme le remarquent très justement MM. Debré et Cordey il « n'y a point de contamination unique et massive, mais des contaminations répétées plus ou moins intenses ».

Le terme « d'infection tuberculeuse récente », imprécis quant à la durée du contagé, nous paraît donc ainsi plus conforme aux faits que celui de « primo-infection ».

Les principaux facteurs de gravité semblent résider dans la virulence et plus encore dans la répétition des contacts.

C'est par conséquent après les contagés familiaux, nécessairement répétés, que s'observent les formes les plus sévères.

Au contraire, les contaminations extra-familiales, le plus souvent passagères ou intermittentes, ne déterminent que des formes inapparentes ou semi-latentes.

Ces faits sont contraire à la doctrine héréditaire pour laquelle les formes à évolution lente s'observeraient chez les enfants de tuberculeux, tandis que les formes aiguës seraient dues à des contaminations accidentelles, d'enfants nés de parents sains.

CHAPITRE V

SUR DEUX CAS DE TUBERCULOSE EVOLUTIVE AVEC REACTION TUBERCULINIQUE NEGATIVE

Il nous a paru intéressant de rechercher si, en dehors de ces 117 cas de primo-infection, décelés par le virage de la C. R. d'autres cas de tuberculose ne se seraient pas produits.

Nous avons trouvé deux enfants, deux garçons, qui sont décédés de méningite tuberculeuse alors que la dernière C. R. pratiquée dans le service était négative.

Nous n'affirmons pas que ces enfants sont décédés alors qu'ils ne réagissaient pas à la tuberculine, car nous ne savons pas si cette épreuve a été pratiquée par le médecin traitant au moment de la poussée évolutive. Mais nous avons été frappés par l'intervalle très court qui s'est écoulé entre la dernière réaction négative et le décès. Dans un cas, cet intervalle fut de 3 mois seulement, dans le second cas de 16 mois.

Voici les 2 observations :

1° Enfant n° 72. Henri : les antécédents familiaux ont été donnés pour son frère n° 72 André. Dernière C. R. faite dans le service le 27-1-34 : NÉGATIVE.

Décédé de méningite tuberculeuse le 16-4-34 dans le service du Docteur Grenet à l'hôpital Bretonneau. L'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien avait montré la présence de bacilles de Koch. L'enquête a révélé un contagé par des voisins tuberculeux.

2° Enfant n° 161. Bernard né le 22-6-25 l'enquête familiale a été donnée pour sa sœur Colette.

Dernière C. R. pratiquée dans le service le 30-4-31 : NÉGATIVE.

Décédé de méningite tuberculeuse avec présence de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien le 18-4-32.

Cet enfant a été pensionnaire dans un établissement privé et contaminé par le sacristain décédé de tuberculose pulmonaire chronique quelques semaines avant la poussée évolutive terminale de Bernard.

Notons d'ailleurs que les deux sœurs de cet enfant, ayant échappé à cette contamination, ne réagissent pas à la tuberculine.

Que penser de ces observations? Il est possible de formuler trois hypothèses :

a) Comme nous l'avons dit plus haut, la C. R. a pu devenir positive sans que nous le sachions, puisque nous n'avons pas examiné ces deux enfants au cours de la poussée terminale.

b) La dernière cuti-réaction a pu être faite en période d'anergie; cela est d'ailleurs difficilement ad-

missible pour l'enfant n° 161 puisque 16 mois se sont écoulés entre la dernière épreuve tuberculinique et la méningite.

c) Les enfants sont morts en période d'ante-allergie tuberculinique.

Quelle que soit l'hypothèse à laquelle on veuille se rattacher, ces deux cas de méningite précoce confirment l'opinion de MM. Wallgreen et Nilson. « A peu d'exceptions près la méningite survient avant que les symptômes post-primaires se soient montrés ».

M. Coffin s'est demandé si ces deux cas de méningite précoce ne constituaient pas une particularité. Or le docteur Tassin, surveillant un autre groupe d'enfants appartenant au même service, a également observé deux cas de méningite.

Ceux-ci ne sont d'ailleurs survenus que l'un 21 mois, et l'autre 3 ans après une C. R. positive.

Voici ces deux observations :

Enfant n° 190. Claude né le 14-4-22, C. R. positive le 21-2-31.

Décédé de méningite tuberculeuse avec bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien le 13-11-32.

Enfant n° 99, Jean né le 9-7-27. C. R. positive le 16-4-32.

Décédé de méningite tuberculeuse avec bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien au mois d'août 1935.

Alors que les deux cas publiés par M. Coffin sont sûrement des primo-infections, ceux de M. Tassin sont des réinfections. Il est curieux de noter la coïn-

cidence a permis, dans une même organisation, étudiant les enfants dans les mêmes conditions, d'observer quatre méningites, deux étant des primo-infections et les deux autres des réinfections.

Donc : si la méningite peut être une forme de primo-infection, dans beaucoup de cas elle ne survient que longtemps après le virage de l'épreuve tuberculinique, contrairement à ce qu'a observé M. Wallgreen dans les pays scandinaves.

L'apparition d'une méningite tuberculeuse chez un enfant ne donne, en France tout au moins, aucune indication précise sur la date de la contamination.

CHAPITRE VI

REINFECTION TUBERCULEUSE

SIX CAS DE TUBERCULOSE ÉVOLUTIVE CHEZ DES SUJETS ALLERGIQUES

Dans le chapitre précédent nous avons étudié les observations de 2 enfants ayant fait une poussée tuberculeuse mortelle, alors que la dernière cuti-réaction faite dans le service s'était montrée négative.

Six autres de nos enfants ont présenté une tuberculose évolutive alors qu'ils avaient depuis un certain temps une réaction tuberculinique positive : 2 ont présenté une forme mortelle, les 4 autres une forme curable.

1° *Formes mortelles :*

Enfant n° 200, Pierre, né le 15 déc. 1919. Antécédents familiaux : Mère tousseuse, image de sclérose pulmonaire; Père bronchitique et éthylique a refusé tout examen.

La première C. R. faite dans le service le 1-3-30 est positive.

4 ans plus tard l'enfant est admis à l'hôpital Bon Secours (Service du Dr Coffin) et y décède de granulie le 21-2-34.

Image radiologique de granulie pulmonaire. Ménin-gite tuberculeuse.

Enfant n° 201. Lydie, née le 13 sept. 1919.

Antécédents familiaux : Père gazé de guerre, bronchi-tique chronique soigné en 1917 par le Dr Lemaire (Méde-cin des Hôpitaux) pour typho-bacillose, érythème noueux et hydarthrose des 2 genoux.

A son entrée dans le service le 25-4-31 l'enfant réagit à la tuberculine.

Puis elle est atteinte également d'hydarthrose des 2 genoux. Les épreuves tuberculiniques sont positives aux genoux et aux bras, mais plus accentuées aux genoux.

L'examen radiologique montre le 7-6-31 une image thoracique normale.

Premières règles au mois de janvier 1934. Morte en 1937 de tuberculose rénale.

2° *Formes curables :*

Enfant n° 202. Lucien, né le 29-7-20.

Pas d'antécédents familiaux notables.

C. R. pratiquée pour la première fois le 10-1-31, d'em-blée positive.

Le 21-12-33 consulte pour adénites axillaires et in-guinale gauche du volume d'un œuf de pigeon, la rate est perceptible l'image pulmonaire radioscopique est nor-male. La formule sanguine sub. normale :

Hématies	3.710.000
Globules blancs	6.650

Lymphos et moyens monos	47
Grand monos et transitoire	8
Poly. neutrophyles	41
P. éosinophiles	4

Le traitement radiothérapique fait disparaître les adénites assez rapidement.

Enfant n° 203 : Solange, née le 17-8-1914.

Le 14-3-29 première Cuti R. faite dans le service positive. Son père depuis janvier 1929 était atteint de tuberculose Pulmonaire. Entré au sanatorium, il y est mort la même année.

Autorisée à voir son père par le médecin du sanatorium, elle lui fait plusieurs visites et assiste même à ses derniers moments.

En juillet 1929 : Pleurésie séro-fibrineuse droite. A la suite de cette pleurésie elle doit faire une cure de 18 mois et en revient en bon état.

Enfant n° 204. Robert, né en 1920.

Mère adénopathie cervicale qui a dû être ponctionnée en 1916 et 1926.

Première réaction tuberculinique d'emblée positive le 14-2-29.

A cette date on constate :

1° Submatité de la fosse sus-épineuse droite. Expiration prolongée, diminution de murmure vésiculaire et bruits xylophoniques dans la région sous-claviculaire.

2° Adénopathie cervicale droite, déjà traitée par ponctions.

3° Adénite sternale suppurée.

L'examen radiologique du poumon décèle, à droite : un feutrage des 2/3 inférieurs du poumon, de nombreuses taches opaques grosses comme une noisette, une masse opaque plus volumineuse, de forme sphérique dans la région centrale du hile. Image de scissurite.

à gauche : champ pulmonaire normal.

Après 3 ans de soins, en juillet 1932, disparition des signes cliniques.

A la radioscopie il ne subsiste plus que le gros nodule opaque et l'image de scissurite.

Enfant n° 205. Renée, née le 23 nov. 1920.

Antécédents familiaux : Père bronchite chronique, pas de lésions pulmonaires, radio en mai 1937 : normale.

Mère hémoptysie en mai 1930, en 1931 : nouvelle hémoptysie et B. K. + en 1936; état grippal en 1937 : pas de lésion appréciable cliniquement ou radiologiquement. Première C. R. +, le 28-11-31.

Examen radiographique : feutrage des hiles et de la partie moyenne du champ pulmonaire.

En janvier 1933 : hydarthrose du genou droit.

En janvier 1934 : douleurs poly articulaires erratiques plus marquées au niveau des genoux, s'accompagnant d'érythème. Temp. vespérale : 38°.

La radiographie montre le 9-6-34 une exagération des ombres broncho-vascul. à gauche. Premières règles en nov. 1934. Poids : 52 kg. 300.

Le 9-7-35 : Examen négatif bon état général;

le 15-9-36 : première hémoptysie;

le 29-9-36 : Radiographie :

— à gauche : 3/4 supérieurs : images floues presque confluentes;

— à droite : exagération marquée des ombres broncho-vasculaires entourées de masses floues, petite tache sous-claviculaire externe.

le 27-9-235 : deuxième hémoptysie;

le 10-1-36 : Poids 51 kg. 200, au sommet droit subinfiltré, quelques râles bulleux fins;

le 16-10-36 : B. K. : 0 (Service du Dr. Couroux).

le 6-11-36 : B. K. : 0

le 20-11-36 : B. K. +.

le 12-12-36 : Poids 46.600.

Cependant la poussée évolutive est terminée, la température devient normale, l'appétit reprend peu à peu.

Le 18-2-37 : Poids 42 kg. 800;

le 27-2-37 : La radiographie montre :

à gauche : opacité des 3/4 supérieurs du champ pulmonaire, exagération des ombres broncho-vasculaires, nombreux nodules opaques;

à droite : même aspect, densité plus marquée au 1/3 moyen.

Envoyée en sanatorium d'altitude, son état s'est amélioré; on peut espérer, sous réserves, une guérison prochaine.

Enfant n° 206. André, né le 20-5-32.

Mère : A fait un épisode bronchitique à la naissance de l'enfant, actuellement exagération des ombres broncho-vasculaires.

G. M. maternelle, décédée de T. P. 1908.

La première C. R. faite le 14-11-31 est positive.

Le 19-1-33 : à droite tractus inter-cléido hilaires, exagération des ombres broncho-vasculaires, petit nodule opaque rétro-cardiaque droit.

Avril 1937 : Erythème noueux. Sans grande modification de l'image radiologique; cependant apparaissent dans les tractus inter-cléido-hilaires de très nombreuses petites taches micro-nodulaires.

Ces enfants ont présenté, d'après nous des formes certaines de réinfection.

La première réaction pratiquée dans le service fut positive, et les poussées évolutives sont trop postérieures à cette épreuve tuberculinique pour qu'il puisse s'agir d'une primo infection.

Dans un seul cas, celui de l'enfant n° 204 des modifications cliniques et radiologiques ont été contempo-

raines de notre épreuve positive. Il aurait donc pu s'agir d'une primo-infection. Des épreuves tuberculiniques antérieures nous manquent pour être absolument formel, cependant l'enfant présentait dans la région cervicale des cicatrices comme seules en donnent les adénites tuberculeuses suppurées, et les accidents présentés au moment où nous avons vu l'enfant nous paraissent bien tardifs pour qu'on puisse admettre une primo-lésion.

Il est intéressant de classer les formes de réinfection observées et de les rapprocher des types de primo infection.

L'observation de l'enfant n° 200 (granulie) est analogue à un des nombreux cas de primo-infection.

Notre cas 203 (pleurésie) est en tous points semblable à notre observation de primo infection (Gr. Jeanine), p. 105.

Nous avons observé pour la réinfection, comme pour la primo infection :

l'érythème noueux;

la méningite tuberculeuse;

la granulie;

des manifestations articulaires se rapprochant du rhumatisme de Poncet.

Il importe de rappeler à propos d'une de nos formes de réinfection (cas n° 205) que la T. P. évolutive avec expectoration bacillifère a été signalée lors de la primo infection chez l'adulte (M. Bour) et même chez l'enfant (M. Courcoux).

Rappelons que dans notre cas (J. Renée, p. 105) l'autopsie permit de trouver une caverne pulmonaire, M. Bour dans sa thèse rapporte également 3 cas de primo-infection avec spéléonque ayant nécessité l'institution d'un pneumothorax artificiel.

M. Courcoux a signalé d'autre part, récemment une forme de tuberculose chronique chez un sujet de 15 ans, avec présence de bacilles dans les matières fécales. Ces cas sont à distinguer de ceux où les sujets éliminent des bacilles, alors qu'il n'existe qu'une image de tuberculose hilaire.

Il y a donc à notre avis une grande similitude de formes anatomo-cliniques lors de la primo ou de la réinfection.

Ces faits sont en désaccord évident avec la théorie de Ranke dont nombre d'auteurs reconnaissent actuellement l'erreur.

Remarquons en outre que certains enfants anciennement contaminés firent ultérieurement des formes mortelles; par conséquent une première atteinte même bénigne ou latente, ne confère pas à l'enfant une immunité certaine contre une contamination ultérieure.

Si donc, M. Courcoux et ses élèves ont montré que les mêmes mesures prophylactiques appliquées aux enfants, devaient l'être aux adultes encore non allergiques, il convient de remarquer que pour l'enfant, la réinfection peut être aussi grave que la primo infection. Par conséquent, que l'enfant soit ou non en état d'allergie les mêmes précautions s'imposent.

VACCINATION PAR LE B. C. G. ET REACTION TUBERCULINIQUE

Dans une étude ayant pour but la prophylaxie tuberculeuse, on ne peut passer sous silence, la vaccination par le B. C. G., alors même que nos observations ne portent que sur un nombre de cas très restreint.

En effet nos recherches ont porté uniquement sur les 437 enfants appartenant au service de M. Coffin.

26 seulement ont été vaccinés; nous en donnons ici la liste avec enquête familiale très succincte, ces renseignements ayant été donnés plus haut pour chaque enfant. Cas trop peu nombreux, sans doute, mais observés tous dans les mêmes conditions. On ne peut en tirer une conclusion très nette; cependant ces observations complètent celles publiées antérieurement.

N° 9 : *Thérèse*.

Vaccinée par voie buccale à la naissance et à 1 an.

C. R. positive.

Mère très suspecte.

N° 14 : *Michel*.

Vacciné par voie buccale à la naissance et à 1 an.

C. R. positive.

Père très suspect.

N° 21 : *Nicole*.

Vaccinée à la naissance par voie buccale.

C. R. négative.

Père bronchitique.

1 oncle poussée évolutive en 1923.

Pas de contact.

N° 21 : *André*.

Vacciné à la naissance par voie buccale.

C. R. positive.

En contact avec son oncle tuberculeux.

N° 50 : *Jacques*.

Vacciné à la naissance par voie buccale.

A présenté un virage de la C. R.

Famille saine.

N° 54 : *Monique*.

Vaccinée à la naissance par voie buccale.

C. R. positive.

Père B. K. +

N° 55 : *Jacques, Jean, Christiane et Robert*.

Vaccinés à la naissance par voie buccale.

C. R. positives.

Père B. K. + en 1925.

Mère très suspecte.

N° 59 : *Nicole*.

Vaccinée à la naissance par voie buccale.

C. R. positive.

Milieu suspect.

N° 82 : *Liliane*.

Vaccinée à la naissance par voie buccale.

C. R. + faible.

Père B. K. = 0.

N° 82 : *Jacqueline.*

Vaccinée à la naissance par voie buccale.

Injection sous-cutanée en août 1934.

C. R. négative 5-11-36.

N° 91 : *Roland.*

Injection sous-cutanée de B. C. G. à 32 mois.

C. R. positive.

Mère tuberculeuse.

N° 94 : *Jean.*

Vacciné à la naissance par voie buccale.

Milieu sain.

C. R. négative.

N° 94 : *Thérèse.*

Vaccinée à la naissance par voie buccale.

Virage de la C. R.

N° 58 : *René.*

Vacciné à la naissance par voie buccale.

Milieu tuberculeux avéré.

Oncle et tante T. P.

C. R. positive.

N° 98 : *Georges.*

Vacciné par voie buccale à la naissance et 1 an, 2 ans, 3 ans.

Père tuberculeux : contact pendant 6 premiers mois de la vie.

C. R. positive.

N° 155 : *Paul.*

Vacciné à la naissance par voie buccale.

C. R. négative.

Milieu sain.

N° 135 : *Renée, Alice, Simone et Janine.*

Vaccinées à la naissance par voie buccale.

Père en sanatorium en 1930-35-36.

B. K. = 0.

Décédé en 1936.

C. R. négatives.

N° 159 : *Jacques.*

Vacciné à la naissance par voie buccale.

Mère très suspecte.

Grand-père paternel tuberculose rénale.

C. R. négative.

N° 182 : *Huguette.*

Vaccinée à la naissance par voie buccale.

Milieu sain.

C. R. négative.

N° 159 : *Jacques.*

B. C. G. par voie buccale à la naissance.

Revacciné par voie buccale à 1 an, 2 ans, 3 ans.

Conserve une Cuti-Réaction négative.

Grand-mère maternelle tuberculose rénale.

En résumé :

B. C. G. PAR VOIE BUCCALE.

	C. R. +	C. R. —	Virage
Milieu sain	0	4	2
Milieu suspect	1	1	
Milieu très suspect	3	5	
Milieu tuberculeux avéré	8	0	

B. C. G. PAR INJECTION

Milieu sain	1
Milieu tuberculeux avéré	1

L'examen de ces observations nous suggère quelques réflexions :

1°) Les enfants vaccinés par voie buccale et qui vivent en milieu sain conservent habituellement une épreuve tuberculinique négative.

Les enfants vaccinés par voie buccale mais vivant en milieu très suspect et surtout tuberculeux avéré ont au contraire une allergie tuberculinique non douteuse.

Nous sommes ainsi amenés à penser que généralement la vaccination par voie buccale ne modifie pas la réaction tuberculinique. Notre enfant n° 159, Jacques, conserve une C. R. négative, malgré une vaccination buccale répétée 4 fois.

Cette épreuve est donc au contraire fortement en relation avec le milieu dans lequel vit l'enfant. Tout se passe comme si l'enfant n'avait pas eu de vaccination au B. C. G., au moins pour ce qui concerne le test de V. Pirket.

On peut objecter à cela qu'un certain nombre d'enfants vivant en milieu suspect ou même tuberculeux avéré conservent une réaction négative; mais il faut noter par contre que des sujets vaccinés au B. C. G. ont présenté un virage de la C. R. Le vaccin ne confère donc pas une immunité, mais, tout au plus, comme on tend à le reconnaître actuellement, peut être une certaine « prémunition ».

2°) Les enfants vaccinés au B. C. G. par voie sous-cutanée réagissent généralement à la tuberculine. Ce

n'est d'ailleurs pas une règle. Un de nos enfants (n° 82 Jacqueline) en est une exception, et des faits analogues ont déjà été relevés. Néanmoins, nous pensons, avec les auteurs scandinaves que, par cette voie, la pénétration du vaccin est meilleure.

Dans certains cas très démonstratifs, l'épreuve tuberculinique restée négative après vaccination buccale est devenue positive après injection sous-cutanée.

D'après nous l'apparition d'une réaction positive après la vaccination au B. C. G. est la condition essentielle nécessaire pour penser à une certaine immunité, ou mieux prémunition. Celle-ci, d'ailleurs, n'est absolument démontrée que par la résistance au contag.

CONCLUSIONS

La prophylaxie de la tuberculose infantile ne nécessite pas seulement des examens complets, où la radiologie doit tenir une large place, et des examens répétés régulièrement à dates assez rapprochées, mais encore une connaissance parfaite du milieu dans lequel vit l'enfant.

Elle ne peut donc être utilement assurée que par le médecin de famille, ou dans un centre de médecine sociale où existe une liaison constante et efficace entre les médecins d'enfants et les médecins d'adultes.

De l'étude d'un groupe d'enfants, appartenant à une collectivité ainsi médicalement surveillée, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Pour prendre toute leur valeur, les cuti-réactions à la tuberculine brute doivent être faites en série.

2° L'index tuberculinique est plus faible en milieu non hospitalier qu'en milieu hospitalier. Celui que nous avons observé dans la population parisienne, est, pensons-nous, le plus faible constaté à ce jour.

3° Dans un même milieu cet index tuberculinique doit fléchir d'année en année. Le pourcentage croissant des Cuti-Réactions négatives, à un âge donné, est un témoin de l'activité et de l'efficacité de la lutte anti-tuberculeuse.

4° Le pourcentage progressif avec l'âge des Cuti-Réactions positives est une nouvelle preuve de la transmission de la maladie par contagion : à 5 ans 13,2 %, à 10 ans 25 %, à 13 ans 37,73 %.

5° L'existence de Cuti-Réaction négative chez des enfants ayant des ascendants (parents ou aïeuls) tuberculeux, mais n'étant pas en contact avec eux-ci, est une preuve de la non hérédité tuberculeuse.

6° Un enfant peut se trouver en contact avec un tuberculeux avéré et conserver pendant un certain temps une C. R. négative. Le contact n'entraîne donc pas nécessairement la contamination.

7° Dans les cas où la C. R. n'est accompagnée d'aucun signe clinique, il y a contamination mais non maladie.

8° Les tuberculeux avérés peuvent vivre avec leurs enfants et ceux-ci conserver une C. R. négative à condition d'observer rigoureusement des mesures d'hygiène et de prophylaxie. Dans les familles *disciplinées* il est ainsi possible de ne pas séparer les enfants de leurs parents.

9° Les enquêtes familiales faites par le médecin lui-même donnent très souvent des résultats positifs.

C'est sans doute pour cette raison que les pourcentages de contaminations décelées sont très supérieurs dans nos statistiques à ceux publiés habituellement.

10° On ne peut fixer approximativement la date d'une primo infection tuberculeuse qu'en se basant sur le virage de la Cuti-Réaction. La valeur de la première C. R. positive est fonction du plus au moins grand nombre de C. R. négatives antérieures.

11° Il n'a jamais été constaté qu'une réaction positive soit devenue négative.

12° La primo-infection peut revêtir chez l'enfant, les formes les plus variables :

a) Forme latente : seul virage de la C. R., sans modifications cliniques ou radiologiques.

b) Forme semilatente se manifestant :

— soit par des modifications radiologiques discrètes;

— soit par un arrêt momentané de la croissance pondérale ou staturale;

— soit par des signes cliniques fugaces.

L'anorexie est ordinairement, chez l'enfant, le seul signe d'imprégnation tuberculeuse observé.

Nous avons rencontré (3 cas) des manifestations articulaires se rapprochant du rhumatisme de Poncet.

c) Formes évolutives, revêtant également des aspects variables. A côté des formes fébriles, type typho-bacillose, de l'érythème noueux, il nous semble qu'on

doive faire une place aux formes ictériques dont nous avons observé deux cas.

13° Radiologiquement, la primo-infection peut chez l'enfant déterminer des images parenchymateuses d'aspects multiples, en nappe, en bande, images floues, images de pleuro-pneumonie ou même de pleurésie.

Dans un cas, nous avons observé la formation d'une caverne. Il nous semble donc que chez l'enfant, comme d'ailleurs le fait a été constaté chez l'adulte, on puisse voir toutes les formes de la tuberculose. Il y a donc à cet égard une certaine similitude entre la primo-infection de l'enfant et celle de l'adulte.

14° Le rôle aggravant des maladies infectieuses intercurrentes a été très exagéré. Il ne serait à retenir que pour la rougeole et la coqueluche, et encore les cas démonstratifs sont-ils exceptionnels.

15° L'ablation des végétations adénoïdes, lors du virage de la Cuti-Réaction est restée sans conséquences fâcheuses... Mais il reste préférable de ne pas pratiquer cette intervention lors d'une poussée tuberculeuse évolutive.

16° Chez l'enfant il semble que le degré de gravité de la forme observée, soit fort peu lié à la date de contamination. Dans le déterminisme de telle ou telle forme, le terrain peut jouer un certain rôle mais le fait essentiel nous paraît résider dans la virulence et la répétition des contagés.

17° Les modifications pondérales ou staturales n'ont aucune valeur pour déterminer l'importance de la fomme évolutive.

18° Habituellement les enfants ayant reçu le B. C. G. par voie buccale et conservant une C. R. négative, vivent en milieu sain. Ceux exposés à une contamination présentent le plus souvent une C. R. positive.

Nous estimons que chez un enfant vacciné par voie buccale, l'apparition d'une C. R. positive est non pas le témoin de l'efficacité du vaccin, mais l'indication que l'enfant a été exposé à un contage : malgré cette vaccination le contage a été suivi de contamination.

Vu : le Doyen de la Faculté,
ROUSSY.

Vu : le Président de thèse,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALIBERT (A.). — Intérêt de la C. Réaction dans la pratique journalière. *La clinique*, Juin 34.
- ARMAND-DELILLE et Mlle FAMIN. — Rôle de la contagion familiale de la tuberculose de l'enfant. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 15-4-24.
- ARMAND-DELILLE et LESTOQUOY. — Prophylaxie de la tuberculose infantile. *Revue Fran. de Pédiatrie*, avril 1936.
- ARMAND-DELILLE, BAYLE et Mme LEBRETON. — Fréquence et topographie des différentes formes de tuberculose pulmonaire chez l'enfant. *Bulletin médical*, 12-1936.
- ARNOULD (E.). — *Revue de Phtisiologie*, 1932.
- AVIRAGNET (P.). — De la tuberculose chez l'enfant. *Thèse de Paris* 1891.
- BELLIÈRE (L.). — Dépistage, contrôle, traitement et prophylaxie de la tuberculose parmi le personnel infirmier et ouvrier de l'Assistance publique. *Thèse de Paris* 1932.
- BERNARD LÉON. — Le dépistage de la tuberculose chez l'écolier. *Rev. Franç. de Pédiatrie*, juillet 32.

- BEZANÇON et CHEVALIER. — Les bases actuelles du problème de la tuberculose. Gauthiers-Villars 1922.
- BEZANÇON (F.). — Maladies de l'appareil respiratoire. Tome IV.
- BEZANÇON (F.) et PHILIBERT (A.). — L'allergie tuberculinique et le problème du terrain en tuberculose. *Paris Médical*, 1924.
- BEZANÇON (F.) et BRAUN et AZONLAY. — *Société d'Etudes scientifiques et de tuberculose* (14-1-36).
- BOHN (A.). — Une erreur à éviter en Médecine infantile : Méconnaître l'importance et l'utilité de la C. R. en tuberculose. *L'Hôpital*, 1934.
- BOUR (A.). — La primo-infection tuberculeuse tardive. *Thèse Paris* 1936.
- BROUARDEL et J. ARNAUD. — L'organisation antituberculeuse française. Masson.
- CALMETTE (A.). — La tuberculose est-elle vraiment contagieuse ? *Presse Médicale*, sept. 33.
- CALMETTE (A.). — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux. *Masson* 1928.
- CLINIQUE et LABORATOIRE. — Les cracheurs sains de bacilles de Koch. nov. 36.
- COFFIN (M.). — Sur la vaccination par le B. C. G. *Arch. hospitalières*, janv. 27.
- COFFIN (M.). — Observations d'enfants ayant ingéré du B. C. G. peu après la naissance et contaminés au cours des années suivantes. *Bull. de la Société de Pédiatrie*, 20, XI, 1934.

COFFIN (M.). — A propos de la communication de M. Eschbach, sur une méningite tuberculeuse, chez un enfant vacciné au B. C. G. *Bull. de la société de Pédiatrie*, 1935.

COFFIN (M.). — Que peut-on penser aujourd'hui de la vaccination par le B. C. G. ? *Archives hôpitalières*, oct. 1935.

— *Paris Médical*, janv. 1937.

COFFIN (M.) et LESNÉ (E.). — Valeur diagnostique de la C. R. chez le jeune enfant. *Société Médicale des hôp.*, mai 1926.

COFFIN (M.) et BLECHMAN (G.). — Remarques sur la primo-infection de l'adolescent et de l'adulte. *Concours Medical*, 21, II. 37.

COLOMBE. — A propos d'une petite épidémie scolaire de Tuberculose aiguë. *Bull. Méd.*, 2-11-35.

COMBY (J.). — Rôle de la contagion humaine dans la tuberculose infantile. *Archiv. de Méd. des Enf.*, 1909.

COULAUD. — La C. R. à la tuberculine chez la femme. *La médecine*, mai 1923.

COULAUD. — La C. R. à la tuberculine pendant les règles et après ovariectomie. *Soc. Med. des Hôp.*, 11-2-21.

COURCOUX, BIDERMAN, ALIBERT et BUQUOY. — *Revue de la tuberculose*, juillet 34.

COURCOUX et ALIBERT. — Pleurésie séro-fibrineuse dite primitive et primo-infection. *Paris Médical*, 5-1-35.

MINE CREMIEUX-ALCAN. — Etude sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse cliniquement primitive C. R. Thèse Paris 1926.

DEBENEDETTI (R.) et FORET (P.). — Recherches sur la C. R. chez 345 recrues et 500 réservistes, *Revue de la tuberculose*, 1935.

DEBENEDETTI (R.), TRAISSARIEUX et BALGAIRIES (E.). — C. R. nég. et Etats radiologiques. *Rev. Tubercul.* 1936.

DEBRÉ (R.) et PAPP (K.). — Sur la C. R. Tuberculinique au cours de la rougeole et de la rubéole. *Société de Biologie*, 5-6-26.

DEBRÉ (R.) et SAENG (A.). — Intérêt de la recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique pour le diagnostic précoce de la tuberculose chez l'enfant. *Société médicale des hôpit.* 1935.

DE LAVERGNE. — C. R. à la tuberculine. *Société d'études médicales*, fév. 1932.

DE POTTER. — Intra-dermo-réactions simultanées à la tuberculine et à diverses substances non spécifiques chez les sujets tuberculeux. *Soc. de Biologie*, avril 26.

Mlle G. DREYFUS-SÉE. — Dépistage et prophylaxie de la tuberculose. *Rev. de Ped.*, 7-11-36.

GILLARD (M.). — Infection tuberculeuse chez les enfants de la campagne. *Presse médicale*, mai 1936.

GRANCHER. — Sur la prophylaxie de la tuberculose. *Bul. Médical*, 1898.

— La tuberculose-ganglio-pulmon, dans l'école parisienne. *Bulletin Médical*, 1904.

GUÉRIN. — A propos d'une communication. *Sté. Méd. Hôp.* 6 avril 1936.

HORTOPAN (D.). — La valeur diagnostique de la C. R. tuberculinique chez l'adulte. *Thèse de Paris* 27.

JACQUEROD. — Les conceptions de Ranke et sa classification en 3 stades de la T. P. *Paris médical*, 2-4-32.

JOUSSET. — La valeur diagnostique de la C. R. à la tuberculine chez l'adulte. *Soc. Méd. des hôp.*, mai 1926.

JOUSSET. — C. R. à la tuberculine. *Presse Médicale* 1926.

KUSS (G.). — De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. *Thèse de Paris* 1898.

LEFEBVRE. — Dépistage de la tuberculose de l'enfance. *Echo. Médical du Nord*., mai 35.

LELONG (M.) et GAVOIS (H.). — Le début vrai de la tuberculose chez les grands enfants et les adolescents. *Rev. Médicale Franç.*, mai 1935.

LEMAIRE (J.). — Recherches sur la C. R. à la tuberculine. *Revue de la tuberculose*, 1909.

LEMAIRE (J.). — Recherches sur la C. R. à la tuberculine en particulier chez les enfants. *Thèse Paris* 1909.

LEREBOULET et GAVOIS. — Fréquence des C. R. positives chez l'enfant parisien. *Paris médical*, janv. 35.

LESNÉ, MARQUEZ et SAMITCA. — La C. R. à la tuberculine chez les enfants. *Société de Pédiatrie*, 5-3-27.

LESNÉ (E.) et COFFIN. — Valeur diagnostique de la C. R. chez le jeune enfant. *Soc. Méd. des hôp.*, mai 1926.

LESNÉ (E.) et DREFFUS-SÉE (Mlle). — Les formes de la T. P. durant la période pubertaire. *Documentaire Médical*, avril '36.

LESNÉ (E.) SAENZ (A.), DREYFUS-SÉE et LAUNAY. — Importance de la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique. Dédutions concernant le pronostic et la prophylaxie de tuberculose chez l'enfant. *Soc. Méd. des hôp.*, fév. 1936.

LEVESQUE. — Etude clinique de la tuberculose infantile. Masson.

LIÈGE (R.). — Tuberculeuse du nourisson et Vac. par le B. C. G., *Thèse de Paris* 1930.

LUMIÈRE (A.). — Tuberculose, Hérité, Contagion. — Hérido tuberculose. (Sézanne, Lyon).

MARTINET. — *Echo. medical du Nord*, III, 1934.

Mlle MIOCHE. — Etude sur la C. R. Tuberculine dans l'enfance. *Thèse de Paris* 1919.

MARFAN (B.). — C. R. Sa valeur pour le diagnostic de la tuberculose des enfants du premier âge. *Le nourisson*, 1924.

MARFAN (A.-B.). — Les enseignements de la C. R. : l'immunité tuberculeuse. *Presse médicale*, 22-12-33.

MEYER (A.). — La T. P. occulte à expectoration bacillifère (A. Legrand).

MOURIQUAUD et J. SAVOYE. — Les formes radiologiques de la pneumonie infantile. *Doc. Méd.*, juin 35.

NICO (P.). — Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte. *Thèse de Paris*, 1934.

NOBÉCOURT. — C. R. à la tuberculine chez les enfants de 6 à 15 ans, soignés à la clinique d'enfants. Influence de l'âge et du sexe. *Gazette des hôpitaux*, mai 1926.

NOBÉCOURT (P.) et BRISKAS. — C. R. à la tuberculine. *Presse Médicale*, juin 1936.

NOBÉCOURT. — C. R. à la tuberculine dans la coqueluche.
Archiv. de médecine des enfants, juillet 22.

NOBÉCOURT. — C. R. positives chez les enfants ayant ingéré du B. C. G. pendant les premiers jours de la vie.
Revue Pédiatrie, avril 1928.

PARIENTÉ (M.). — Part de l'hérédité et de la contagion dans la tuberculose infantile. *Thèse de Montpellier*, 1923.

PARISOT et SALEUR. — L'infection tuberculeuse dans le jeune âge. *Revue d'Hygiène*, 1926.

PAUL (Ch.). — Les enfants des tuberculeux à Contamination familiale Prophylaxie. (Masson).

PHELEBON. — La primo-infection est-elle toujours une maladie de l'enfance. ? *Presse Médicale*, 1927.

QUÉRANGAL DES ESSARTS. — Contribution à l'étude de la Primo-infection tuberculeuse dans la marine. *Archives de Médecine et de pharmacie navales*, 1-3-35.

REGNARD (H.). — La Tuberculino-Réaction dans la tuberculose ganglio-pulmonaire des enfants. *Thèse de Paris* 1909.

Revue générale du Monde Médical. — C. R. dans la tuberculine, mai 1924.

RIBADEAU-DUMAS. — Les débuts de la tuberculose pulmonaire. *Flammarion* 1925.

ROHMER (P.). — Influence des réinfections exogènes sur l'évolution de la primo-infection. *Soc. pédiatrie de Strasbourg*, 1936.

SAMITECA (M.). — Contribution à l'étude de la C. R. dans la tuberculose chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1927.

- Mlle SIMON (Marie). — Contribution à l'étude de la contagion de la tuberculose pulmonaire chez les adultes. *Thèse de Paris* 1933.
- STIASSNIÉ. — Fréquence variable selon les milieux des C. R. positives. *Revue de la tuberculose*, 1934.
- Mlle SOURDILLON. — Premières manifestations, cliniques ou radiologiques de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. *Thèse Paris* 1932.
- TAILLENS. — Sur la C. R. à la tuberculine. *Revue de Pédiatrie*, mai 1930.
- TROISIER (J.). — 3 générations de tuberculose hémoptoïque. Hérité de virus. Hérité sanguine. *Rev. de la tuberculose*, 1928.
- TROISIER (J.) et CLEMENT. — Les Ictères infectieux. (Doin)
- TROISIER (J.) et MONNEROT-DUMAINE. — Les limites de la spécificité de la C. R. à la tuberculine. *Rev. de la tuberculose*, 1930.
- TROISIER (J.) et BARIETY (M.). — Primo-infection tuberculeuse de l'adulte, conséquences prophylactiques et sociales. *Bull. Acad. de Méd.*, nov. 1933.
- TROISIER, BARIETY et NICO. — Une statistique de C. R. tuberculiniques dans l'armée. *Soc. Méd. hôp.*, 9-7-35.
- TROISIER (J.) et BARIETY. — Primo-infection tuberculeuse. *Paris Médical*, 1934.
- VAUCHER et STRAUSS. — *Revue d'hygiène*, juillet 1935.
- VON PIRKET. — Sur les relations qui existent entre les tuberculino-réactions et les réactions vaccinales précoces. *Soc. Méd. hôp.*, 10-11-1908.

WALLGREEN et NILSON. — Etudes sur les conditions d'apparition et de la prophylaxie de la méningite tuberculeuse. *R. Fran. de Pédiatrie*, 1936.

WEILL-HALLÉ (B.). — A propos d'une communication du Prof. Taillens. *Pédiatrie*, 1930.

WEILL-HALLÉ (B.). — Les conditions techniques indispensables de la prémunition de la tuberculose par le B. C. G. *Ann. méd. chirur.*, 15-11-36.

ZIMMERMANN. — Comment la fréquence de la tuberculose pulmonaire s'accroît à mesure que les enfants avancent en âge. *Berliner Klin. Woch.*, 1920.

ZELEWSKA. — C. R. à Poznan, Pologne. *Rev. de Phtisiologie*, 1933.

